

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

DIANA MARISA DIAS FREIRE MALITO

ENTRE A SAÚDE E A ASSISTÊNCIA:  
Uma análise micropolítica das práticas de cuidado nas políticas públicas

Niterói  
2021

DIANA MARISA DIAS FREIRE MALITO

ENTRE A SAÚDE E A ASSISTÊNCIA:

Uma análise micropolítica das práticas de cuidado nas políticas públicas

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Psicologia.

**Área de concentração:** Estudos da Subjetividade

**Linha de Pesquisa:** Subjetividade, Política e Exclusão Social

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Katia Faria de Aguiar

Niterói

2021

Ficha catalográfica automática - SDC/BCG  
Gerada com informações fornecidas pelo autor

M251e Malito, Diana Marisa Dias Freire  
ENTRE A SAÚDE E A ASSISTÊNCIA: : Uma análise micropolítica das práticas de cuidado nas políticas públicas / Diana Marisa Dias Freire Malito ; Katia Faria De Aguiar, orientadora. Niterói, 2021.  
286 f.

Tese (doutorado)-Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2021.

DOI: <http://dx.doi.org/10.22409/PPGP.2021.d.07081077617>

1. Políticas Públicas. 2. Processos de exclusão social. 3. Práticas de cuidado. 4. Produção de subjetividades. 5. Produção intelectual. I. De Aguiar, Katia Faria, orientadora. II. Universidade Federal Fluminense. Instituto de Psicologia. III. Título.

CDD -

## BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Katia Faria de Aguiar (Orientadora)  
Universidade Federal Fluminense

---

Profa. Dra. Adriana Rosa Cruz Santos  
Universidade Federal Fluminense

---

Profa. Dra. Ana Karenina de Melo Arraes Amorim  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

---

Profa. Dra. Estela Scheinvar  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

---

Profa. Dra. Luana da Silveira  
Universidade Federal Fluminense – Campos dos Goytacazes

*Para os corpos institucionalizados pela psiquiatria.  
Para as mulheres institucionalizadas pela psicanálise.  
Para a população negra afetada pelo banzo.  
Para as vidas que transbordam e resistem.*

## RESUMO

O presente estudo se inscreve no cruzamento entre as políticas públicas de saúde mental e de assistência social, a partir de interrogações às práticas de cuidado dirigidas a população pobre em sofrimento psíquico. A tese propõe uma leitura crítica das políticas públicas, apontando suas raízes coloniais, classistas e de controle das insurgências da população. Os usuários, considerados problemáticos, encaminhados burocraticamente de um serviço ao outro, são tomados como importantes analisadores do funcionamento desses dispositivos. Retoma-se a memória das lutas coletivas que conquistaram a implantação da rede de atenção psicossocial e da rede socioassistencial, construindo um contraponto com seu sistemático desmonte e sucateamento, intensificados a partir de 2016. Problematizar as políticas públicas em circunstâncias históricas nas quais o que tem caráter público e popular é desmantelado, difamado e destruído, exigiu um cuidado ético criterioso. O texto se alia a referenciais da Análise Institucional, da Filosofia da Diferença, e a intercessores que tomam as questões de saúde mental e das chamadas vulnerabilidades sociais desmontando sua naturalização. Investe-se em uma entrada micropolítica que visibilize o tensionamento entre estratégias de controle e a produção de outros modos de sentir e de viver, em cenários nos quais a vida vale cada vez menos. Utilizamos como recurso metodológico a pesquisa-intervenção, selecionando como material de análise registros em diários de campo da pesquisadora no período de 2012 a 2018, referentes a experiências de trabalho em ambulatório de saúde mental, na gestão/assessoramento técnico da assistência social no Estado do Rio de Janeiro, e em Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-ad). Soma-se a essas análises, treze entrevistas realizadas na Rede de Saúde Mental e na Rede de Assistência Social do município de Niterói, conforme aprovação do Comitê de Ética. Dialogou-se com profissionais a respeito de como as equipes técnicas se relacionam com os usuários, entre si, e com a política pública. Exploramos alguns analisadores, dentre os quais: a lida com casos considerados difíceis, concepções de loucura e de pobreza, relações raciais, articulação intersetorial, autocuidado do trabalhador social, as fragilidades e as possibilidades dos dispositivos públicos. Os resultados apontam para a importância de apostar na ativação da potência dos trabalhadores sociais, que na relação com os usuários se reinventam e encontram caminhos; bem como afirmar a força dos usuários, que fazem o uso que lhes parece mais seguro dos serviços institucionais, tramando outras redes de cuidado e escapando as institucionalizações.

**PALAVRAS-CHAVE:** Políticas Públicas; Exclusão Social; Produção de Subjetividades; Práticas de cuidado; Micropolítica

## ABSTRACT

The present study is part of the intersection between public policies of mental health and social assistance, based on questions about care practices directed at the poor population in psychological distress. The thesis proposes a critical reading of public policies, pointing out its colonial, classist and control roots of the population's insurgencies. Users, considered problematic, bureaucratically routed from one service to another, are taken as important analyzers of the operation of these devices. The memory of the collective struggles that conquered the implementation of the psychosocial care network and the social care network is resumed, building a counterpoint with its systematic dismantling and scrapping, intensified from 2016. Problematizing public policies in historical circumstances in which what has a public and popular character is dismantled, defamed and destroyed, required a judicious ethical care. The text is allied to references of institutional analysis, philosophy of difference, and intercessors that take the issues of mental health and so-called social vulnerabilities dismantling their naturalization. We used intervention research as a methodological resource, selecting as analysis material records in the researcher's field diaries from 2012 to 2018, referring to work experiences in mental health outpatient clinics, in the management/technical advice of social assistance in the State of Rio de Janeiro, and in the Psychosocial Care Center Alcohol and Drugs (CAPS-ad). In addition to these analyses, thirteen interviews were conducted in the Mental Health Network and the Social Assistance Network of the city of Niterói, according to the approval of the Ethics Committee. He talked to professionals about how technical teams relate to users, to each other, and to public policy. We explored some analyzers, among which: dealing with cases considered difficult, conceptions of madness and poverty, racial relations, intersectoral articulation, self-care of the social worker, the weaknesses and possibilities of public devices. The results point to the importance of betting on the activation of the power of social workers, that in the relationship with users reinvent themselves and find ways; as well as affirming the strength of users, who make the use that seems to them safer of institutional services, plotting other networks of care and escaping institutionalizations.

**KEYWORDS:** Public Policies; Social Exclusion; Production of Subjectivities; Care practices; Micropolitics

## SUMÁRIO

<b>Introdução</b> .....	07
Corpo-trabalho .....	16
Linhas .....	23
Corpo-escrita .....	27
<b>Entrada 1 - MACROmicroPOLÍTICA: Nós perdemos o mundo?</b> .....	32
1.1. Uma carta para Maria Carolina de Jesus .....	33
1.2. “O Feitiço da Política Pública” .....	41
1.3. A Ratoeira Estatal.....	62
1.4. Os Aventais Brancos .....	77
1.5. A Máquina Colonial.....	93
<b>Entrada 2 - MICROMacroPOLÍTICA: Acreditar em qual mundo?</b> .....	115
2.1. “Aqui dentro a senhora manda, lá fora a rua é nossa” .....	116
2.2. Devolver ao pensamento a multiplicidade .....	126
2.3. “Tem vaga para atendimento sim, só que é em grupo” .....	138
2.4. O Drogado, esse maldito .....	146
2.5. “A Flor e a Náusea” .....	165
<b>Entrada 3 - O Presente é a minha matéria: Sem juízo final</b> .....	173
3.1. Ética e Pesquisa.....	174
3.2. (Entre)vistar .....	190
3.3. Análises .....	232
3.4. “E o pulso ainda pulsa” .....	246
3.5. Diários e outros fragmentos .....	261
<b>Considerações Finais</b> .....	273
<b>Referências</b> .....	279



## INTRODUÇÃO



**Estava desistindo do trabalho na Saúde em Niterói,** saindo pela última vez do Ambulatório de Saúde Mental, quando vi a moça se arrastando no chão em direção ao ponto de ônibus. A cena não fazia qualquer sentido. Sentada no chão, se locomovia através dos braços, enquanto mantinha as pernas esticadas e imóveis. Perguntei se precisava de ajuda, esperando que ela estivesse alcoolizada, ou alijada das faculdades necessárias para ficar de pé. Sóbria e articulada, me explicou que fez uma cirurgia no Hospital Azevedo Lima, já havia passado pela assistência social de vários locais, mas não conseguiu uma cadeira de rodas. Não sei se já me senti mais impotente na vida. Balbuciei as palavras Policlínica, Assistência Social, querendo acreditar que as pessoas têm algum tipo de apoio no mundo, e sem acreditar ao mesmo tempo. Ela estava tentando benefícios através do CRAS de sua região, e sua aposentadoria pelo INSS. A operação vai infeccionar no chão, eu disse pateticamente. Eu sei, respondeu educada. Estava de blusa e com um pano costurado como se fosse uma bermuda, mas era só um pedaço de malha rosa. Perguntar se ela era sozinha no mundo pareceu mais indelicado do que a pele arrastando na sujeira. Não tive coragem. Vamos até a Policlínica, a gente dá um jeito, tem que ter cadeira de rodas lá. Estou indo para casa, acabei de sair da Policlínica, só vim ver o negócio do meu remédio. Agora as pessoas no ponto de ônibus olhavam para nós duas. Eu estava reduzida ao chão também. Como quem toca no machucado e contrai a peste. Não tem desfecho, não tem beleza. Fui para casa horrorizada com o que não fiz, com a sensação de que um dia responderia, junto de meus pares, por tudo que não fazemos diante do oceano de miséria no qual vivemos submergidos, enquanto falamos sobre algo. Hoje, em um outro emprego, me vejo diante da tarefa de ajudar a escrever o

Plano Estadual de Assistência Social do Estado do Rio de Janeiro. Leio o que já está pronto: Sistematizações. Planejamentos. Avanços. Consolidação do Sistema Único de Assistência Social. Seguridade... Só consigo pensar nela. Eu queria escrever aquela mulher no chão. Para que todo mundo soubesse que é urgente. Que não é com café, ar-condicionado e aplausos em apresentações de *data show*. Que nosso trabalho não pode ser burocrático, nosso ofício não pode ser sem paixão. Mas não sei como escrever aquela mulher reduzida a nada, olhada com desprezo. A palavra não é inútil perto do corpo que...? (Escrita livre, 2015)

**Não sei se você percebe, não pode perceber**, mas às vezes, na intenção de oferecer ajuda vocês massacram mais do que a doença. Vocês não percebem a violência inominável que cometem? Vocês são a doença, não a cura! Espero que considere essa observação para o seu próprio crescimento profissional. Você, que prezo a ponto de ter liberdade de censurá-la, de fazer essa crítica, é jovem e tem uma carreira pela frente. Não ponha em risco o seu vínculo. (Trecho de um caderno escrito para mim por um usuário que acompanhei no CAPS-ad, 2017).

Faz tempo que persigo uma linha que foge. Quando a alcanço, as ideias tomam forma, é uma alegria. Então ela me escapa e enquanto se afasta, vai desenhando outros caminhos, traçando desvios. Sua composição é de matéria heterogênea, não catalogada na minha percepção cartesiana de mundo: escorrega, corta, oxigena, calcifica... Suspeito que seja uma multiplicidade de linhas, e essa unidade apenas uma ilusão. Como um canto de sereia, me atrai até as profundezas, às vezes matando partes de mim. Mas parece querer que eu continue, porque quando ameaço desistir, cintila de novo no horizonte. Essa pesquisa é o registro dessa errância.

“Sua tese é sobre o quê?”, a pergunta nunca deixou de me embaraçar, porque toca na dimensão não racional das nossas escolhas de pesquisa, na dificuldade de delimitar um campo. Escolher uma questão é renunciar a tantas outras, e exige firmeza porque elas não se aquietam conformadas. Minha tese é sobre uma mulher internada em um hospício, na ala das pacientes mais desagregadas. Um paciente drogado que me escreveu um caderno dizendo que o hospício também

estava em mim. Sobre essas pessoas que entram nos serviços públicos dizendo que vão quebrar tudo. Mas também aquelas que entram caladas com uma pastinha surrada cheia de receitas médicas e encaminhamentos antigos, guardados como um tesouro. Pessoas que agradecem quando são tratadas com um mínimo de respeito. Sobre pacientes que ameaçam as equipes de morte. E me interessa também as equipes técnicas que tomam essas demandas em carne viva como matéria de trabalho.

É uma pesquisa que incide nos encontros entre uma população em sofrimento psicossocial e equipes técnicas das políticas de saúde mental e de assistência social formadas para acolhê-las. Até o último momento, permaneceu a dúvida se deveria escolher entre essas pontas do novelo, cada uma com seus emaranhados particulares. Mas insisti em habitar o cruzamento saúde mental e assistência social se atravessando, e se repelindo, no cuidado de uma mesma população pobre em sofrimento psíquico. Intersecções entre a rua e os dispositivos de cuidado, o saber dos profissionais e o saber dos usuários, a violência da pobreza e a violência dos serviços públicos, a defesa das políticas públicas e a cumplicidade com um Estado que mata.

No encontro com a Psicologia, do início da formação acadêmica até os dias atuais, vivenciei experiências, dentro e fora da universidade, através das quais foi ganhando consistência um modo de colocar os problemas e de fazer intervenção. Modo que busca a complexidade das forças daquilo que enxergamos como simples e natural. Após alguns anos trabalhando como psicóloga na “ponta” da rede de saúde mental de Niterói (em ambulatório), concomitante a um período atuando como tutora na capacitação de trabalhadores da atenção básica para a lida com questões de saúde mental e uso prejudicial de crack, álcool e outras drogas (Caminhos do Cuidado), estive por um período na gestão da política de assistência social do estado do Rio de Janeiro, o que me exigiu uma imersão na leitura *macropolítica* dos processos de exclusão social e de ações propostas para a sua “reparação”. Posteriormente, pouco antes de ingressar no doutorado, retornei para a rede de saúde mental, vindo a atuar no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-ad).

Nessas diferentes frentes de atuação, era palpável tanto o abismo entre a implantação e a materialização das políticas públicas, quanto a inventividade dos técnicos e usuários para lidar com as complexas demandas que abarrotavam os serviços. Marcada por esses tensionamentos entre discursos e práticas de cuidado dirigidos principalmente a população pobre, escrevi o projeto para o doutorado — desejando abordar os desafios da construção da atenção integral voltada para o público recortado como “vulnerável”, bem como as dificuldades da almejada articulação intersetorial entre os saberes. A atenção integral, tanto na saúde quanto na assistência social, é pautada como a oferta de serviços que abarquem a diversidade de demandas das pessoas sem, no entanto, fragmentá-las, levando em conta seu contexto “biopsicossocial” e territorial. No cotidiano

de trabalho percebia a quantidade de pessoas encaminhadas burocraticamente de um serviço a outro, como se não tivessem lugar nos dispositivos pensados exclusivamente para acolhê-las: “Não é aqui senhora”, e já haviam gastado o dinheiro da passagem. “Não é aqui senhor”, e faltava pouco para às 17h, não daria tempo de ir ao local “correto”; “Não é aqui senhor/a”, mas a pessoa ouviu a mesma frase em outro serviço. Percorria o terreno movediço das conversas ora com a assistência social, ora com a saúde, e fosse de qual lado estivesse, ouvia (e fazia) queixas semelhantes: “É um problema dialogar com a Saúde, eles não entendem”; “Essas reuniões com a Assistência não resolvem nada”. De que modos pensar essa fragmentação sem buscar culpados nas equipes técnicas de um ou outro serviço? Quais as engrenagens desse funcionamento? Os serviços públicos criados para lidarem com o adoecimento psíquico, e com a pobreza, suportam receber tais demandas?

Um burburinho insistente, a respeito de um descontentamento com o trabalho nos serviços de saúde e assistência social, permeia os espaços das capacitações técnicas, reuniões de equipe, palestras, e é relegado à dimensão da reclamação. Durante capacitações voltadas para equipes técnicas, as quais estive a frente como tutora, escutei de diversos colegas com os quais dividi as turmas que precisávamos cortar os alunos, porque eles ficavam fazendo catarse, e ali não era o local para isso. Muitos tutores buscavam retomar logo o conteúdo programático dos encontros, afinal, havia carga horária e prazos a serem cumpridos. Mas os alunos-trabalhadores interrompiam a avalanche de conteúdos com relatos detalhados de casos ditos sem resolutividade, situações de desgraça absoluta, mesclados a histórias pessoais, de família, depoimentos constrangedores, reclamações sobre gestores, sobre o governo — geralmente em um tom que sugeria a necessidade de provar as dificuldades que enfrentavam, as injustiças que sofriam trabalhando na ponta da saúde, da assistência. “Na prática a teoria é outra!”.

Encontrei ao longo dessa trajetória de formação e trabalho, profissionais com vínculos fragilizados, profissionais recém-formados ambicionando mudar/moldar o mundo a sua imagem, trabalhadores desgastados, desiludidos, participantes de jogos perversos de poder, gente que tinha no trabalho uma ideologia, outros que se arrepiavam por terem escolhido aquela profissão. Também me encontrei, através do olhar dos públicos com os quais atuei, e de meus colegas de equipe, vindo a perceber nuances diferentes da bandeira de profissional ética e crítica que costurei ao longo da graduação. Uma questão me fisgava no tensionamento entre os discursos oficiais, capacitações, cartilhas, e as vivências de trabalho, conversas na hora do cafezinho, motins contra as coordenações: onde os trabalhadores têm legitimidade para expressarem as dificuldades que vivenciam? Para além das vias da fofoca, do adoecimento, da personalização das problemáticas (“Você levou isso para a sua terapia/análise?”), das resistências com determinados usuários, com

colegas de equipe e de outros serviços — que outros destinos haveriam para esse encontro com as mazelas sociais traduzidas em demandas de atenção psicossocial?

Mérita acorda cedo para encaminhar seus filhos à escola e conseguir chegar ao trabalho no horário. Pega mais de uma condução, gastando parte significativa do salário em passagens. Após uma faculdade concluída com diversas expectativas, não era a dinâmica de vida a qual esperava. Alguma coisa a incomoda ao fazer uma visita domiciliar à Maria, que acorda na parte da tarde para curar a ressaca da noite anterior, enquanto os filhos ficam na rua e perdem a pesagem do Programa Bolsa Família no posto de saúde. Mérita, quando se sente irritada ou perde a paciência com Maria precisa de ferramentas que vão além da “empatia” e do “profissionalismo”, conforme alguns profissionais sugerem nesses casos. “É muito fácil ser pobre nesse país. Você constrói onde quer, não paga impostos, se a chuva levar te pagam um aluguel social, um abrigo. Você tem bolsa família, tem tudo de graça”, desabafa uma advogada da gestão da Proteção Social Especial de um município da região serrana, em 2016, quando se sente mais à vontade durante nosso assessoramento técnico a respeito do abrigamento de crianças e adolescentes. É caso de tentar convencê-la do contrário? Com quais argumentos?

O exemplo de Mérita e da advogada transbordam as questões pessoais, no sentido de julgar se elas são boas ou más pessoas, e trazem para a cena a complexidade que é ser um trabalhador social no Brasil. É urgente considerar os processos de subjetivação dos profissionais que trabalham com subjetividades no campo das políticas públicas. É histórica a produção sistemática de ressentimento contra as pessoas pobres, em sua maioria não-brancas e negras, em nosso país. Atualmente essa produção se atualiza com tons de fascismo. Há também uma sistemática desvalorização e exploração dos trabalhadores designados a intervirem com essa população. Ao contrário do que algumas abordagens na psicologia possam sugerir, o enfrentamento a um certo desinvestimento e ressentimento com o trabalho é mais complexo do que uma suposta falta de treinamento, reciclagem e harmonização das equipes.

Incluir meu cotidiano de trabalho — repleto de urgências, contradições, precarizações de toda ordem — como território de pesquisa exigiu que a *análise de implicações* fosse, mais do que um conceito central, o fio condutor da escrita. A cena da mulher no chão atualiza o paradoxo do lugar dos profissionais das políticas de saúde e assistência social: muitos de nós experienciam no corpo o mal-estar advindo das distâncias abissais entre nossas militâncias político-afetivas, os desafios e conquistas da implantação das políticas públicas, bem como de seu projeto político de sucateamento. Há uma discussão importante em meu grupo de orientação coletiva, do doutorado, sobre o quanto nos atolamos pedindo cada vez mais por Estado, perdendo de vista os processos micropolíticos autônomos. Nas diretrizes das políticas públicas, especialmente na assistência social,

há um esforço em diferenciar a assistência, enquanto um direito, de práticas assistencialistas. A mulher alijada de uma cadeira de rodas para se locomover com dignidade, atualiza questões que me coloco entre essas leituras e o cotidiano: quando demandamos políticas públicas estamos pedindo por mais Estado? Criticar nosso desejo por Estado é oportuno em um momento político de perdas de direitos aparentemente garantidos? Na prática, são nítidos os limites entre assistência e assistencialismo tal como nas cartilhas de orientações técnicas voltadas para os trabalhadores sociais? E principalmente: qual o nosso papel, enquanto profissionais e sujeitos, na reprodução dessa miséria com a qual afirmamos nos compadecer?

Ferramenta desenvolvida pela *Análise Institucional*, a análise de implicações objetiva inserir nos processos de pesquisa/trabalho a problematização dos lugares que se ocupa, busca-se ocupar ou que nos são designados enquanto pesquisador/trabalhador/especialista. Descortina o engodo da neutralidade no ato de pesquisar/trabalhar: enxerga-se de um lugar, modifica-se a cena, recorta-se resultados e isso não é um problema. O problema estaria em trancar essa dimensão em uma caixa, em nome de uma possível objetividade. Nessa perspectiva de pensamento, o deslocamento da busca por neutralidade e objetividade para a entrada em cena das nossas afecções no processo de pesquisa/trabalho, não pode ser confundido com uma fixação na descrição de afetos libidinais, na centralização de uma personalização intimista. “O importante para o investigador não é, essencialmente, o objeto que “ele mesmo se dá” (segundo a fórmula do idealismo matemático), mas sim tudo aquilo que lhe é dado por sua posição nas relações sociais, na rede institucional” (Lourau, 1977, s/p.). Para o autor, ignorar que somos efeitos de um campo resultaria no cumprimento de uma atividade de intelectual, uma tarefa “fria”.

Coimbra e Nascimento (2005) sinalizam que é importante diferenciarmos implicação de engajamento ou participação, evitando por exemplo o equívoco de se dizer implicado porque se participa intensamente de atividades políticas. “Implicado sempre se está, quer se queira ou não, visto não ser a implicação uma questão de vontade, de decisão consciente, um ato voluntário. Ela encontra-se no mundo, pois é uma relação que sempre estabelecemos com as diferentes instituições. Por isso, a Análise Institucional fala de análise de implicações e não apenas de implicação” (Coimbra; Nascimento, 2005, p.3). A escrita do usuário do CAPS-ad, que se recusa ao papel de meu objeto e/ou objeto da saúde, acerta em cheio as implicações do profissional de saúde, por mais crítico e bem-intencionado que se julgue: “Não sei se você percebe, não pode perceber, mas às vezes, na intenção de oferecer ajuda vocês massacraram mais do que a doença”. Aponta para o profissional/pesquisador na máquina da produção de uma saúde que também produz doença. Sua psicóloga tentava operacionalizar cuidado, acolhimento, sustentação de uma vida que entrava em colapso; foi uma sacudida perceber seu papel naquela produção. Seria o caso de reduzir a fala do

usuário a seu diagnóstico de *Esquizofrenia Paranoide (CID X: F20.0)* carimbado no prontuário, e apaziguar a angústia da psicóloga? Ou, por outro lado, de se apaixonar pela fala do usuário e propor o fim dos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)?

A Análise Institucional, tal como apreendida/construída pelos intelectuais-praticantes, vai além de dar visibilidade as armadilhas do nosso encargo de especialista. Ela propõe, no lugar de pairar sobre o mundo, julgando-o, intensificar as forças que apontam para direções distintas: escapes, fissuras, dissidências. Em nossas orientações coletivas no doutorado, temos investido no exercício de pensar menos em céus e infernos e trazer as forças de composição dos campos. Abrindo espaço para além do julgamento, podemos localizar algo mais nas entrelinhas da provocação do usuário: ele tem espaço para me censurar, aponta para um vínculo que tem alguma importância e que supõe suportar ouvir suas críticas. A saúde da qual ele se ressentir produz doença, mas também produz saídas. Quantos desdobramentos possíveis entre tomá-lo como alguns de meus colegas na saúde mental sugerem (um diagnóstico de transtorno mental que resiste ao tratamento), ou como alguns colegas de doutorado sonham (um gênio que poderia prescindir de cuidados).

Nessa direção, incluo ao longo da tese narrativas que escrevo a partir de encontros que me arremessam nesses tensionamentos. As nomeio como escrita livre, na medida em que trazem os paradoxos do trabalho social, sem exigir soluções. Tenho pensado, em um momento que é tão presente na academia recorrer a literatura, as imagens, ao poético, sobre que usos temos feito de nossas narrativas sobre a “exclusão social”. Elas podem cair no lugar da fotografia sensacionalista que serve para chocar, horrorizar. Da fotografia policial, e se prestarem a comprovar nossas certezas. Podem operar como as histórias dos programas dos exploradores da sensibilidade, e nos fazer chorar, compadecer. Usar cenas narrativas em uma direção ética de pesquisa caminha no sentido do desmonte de certezas, dos cortes, da produção de novas conexões. Lembro da personagem de Clarice Lispector que se horroriza com um “mendigo” na saída do salão de beleza, e em sua onipotência de senhora de Copacabana — parecida com nossa onipotência técnico-militante-implicada — se sente uma incompetente porque não sabe gerir o mundo. Mas o mendigo de Clarice não é uma figura passiva para aquela senhora exercer sua bondade e refletir sobre a vida:

— Moça, me dá um dinheiro para eu comer? “Socorro!!!” gritou-se para si mesma ao ver a enorme ferida na perna do homem. “Socorre-me, Deus”, disse baixinho. Estava exposta àquele homem. Estava completamente exposta. Se tivesse marcado com “seu” José na saída da Avenida Atlântica, o hotel que ficava o cabeleireiro não permitiria que “essa gente” se aproximasse. Mas na Avenida Copacabana tudo

era possível: pessoas de toda a espécie. Pelo menos de espécie diferente da dela. “Da dela?” “Que espécie de ela era para ser ‘da dela’?” Ela – os outros. Mas, mas a morte não nos separa, pensou de repente e seu rosto tomou ar de uma máscara de beleza e não beleza de gente: sua cara por um momento se endureceu. Pensamento do mendigo: “essa dona de cara pintada com estrelinhas douradas na testa, ou não me dá ou me dá muito pouco”. Ocorreu-lhe então, um pouco cansado: “ou dá quase nada”. Ela espantada: como praticamente não andava na rua – era de carro de porta à porta – chegou a pensar: ele vai me matar? Estava atarantada e perguntou: — Quanto é que se costuma dar? — O que a pessoa pode dar e quer dar - respondeu o mendigo espantadíssimo. Ela, que não pagava o salão de beleza, o gerente deste mandava cada mês sua conta para a secretária do marido. “Marido”. Ela pensou: o marido o que faria com o mendigo? Sabia que: nada. Eles não fazem nada. E ela – ela era “eles” também (...) A mola do mundo é dinheiro? fez-se ela a pergunta. Mas quis fingir que não era. Sentiu-se tão, tão rica que teve um mal-estar. Pensamento do mendigo: “Essa mulher é doida ou roubou o dinheiro porque milionária ela não pode ser”, milionária era para ele apenas uma palavra e mesmo se nessa mulher ele quisesse encarnar uma milionária não poderia porque: onde já se viu milionária ficar parada de pé na rua, gente? Então pensou: ela é daquelas vagabundas que cobram caro de cada freguês e com certeza está cumprindo alguma promessa? (...) De repente aquele pensamento gritado: — Como é que eu nunca descobri que sou também uma mendiga? Nunca pedi esmola mas mendigo o amor de meu marido que tem duas amantes, mendigo pelo amor de Deus que me achem bonita, alegre, aceitável (...) “Há coisas que nos igualam”, pensou procurando desesperadamente outro ponto de igualdade. Veio de repente a resposta: eram iguais porque haviam nascido e ambos morreriam. Eram, pois, irmãos. Teve vontade de dizer: olhe, homem, eu também sou uma pobre coitada, a única diferença é que sou rica (...) De repente deu o grande pulo de sua vida: corajosamente sentou-se no chão. “Vai ver que ela é comunista!” pensou meio a meio o mendigo. “E como comunista teria direito às



suas joias, seus apartamentos, sua riqueza e até os seus perfumes”. Nunca mais seria a mesma pessoa. Não que jamais tivesse visto um mendigo. Mas – mesmo este era em hora errada, como levada de um empurrão e derramar por isso vinho tinto em branco vestido de renda. (Lispector, 1979, p.131-146)

Mulher no chão, usuário de substâncias, mendigo e senhora de Copacabana me indagam sobre o que é possível escrever de dentro de uma universidade pública nos tempos atuais, e me trazem Guattari (2007) dialogando sobre o papel daqueles que trabalham na produção de subjetividades nessa encruzilhada macro e micropolítica fundamental na qual nos encontramos. Trazem junto Deleuze e Foucault (2011) discutindo o papel do intelectual após descobrirmos que não somos porta vozes de nada, que as “massas” não precisam de nós para saberem das coisas, porque elas sabem muito bem, mas a questão é que se chocam com o *poder* e são massacradas:

**Poder que não se encontra somente nas instâncias superiores da censura, mas que penetra muito profundamente, muito sutilmente em toda a trama da sociedade. Os próprios intelectuais fazem parte deste sistema de poder, a ideia de que eles são agentes da “consciência” e do discurso também faz parte desse sistema. O papel do intelectual não é mais o de se colocar "um pouco na frente ou um pouco de lado" para dizer a muda verdade de todos; é antes o de lutar contra as formas de poder exatamente onde ele é, ao mesmo tempo, o objeto e o instrumento: na ordem do saber, da "verdade", da "consciência", do discurso (...) Luta contra o poder, luta para fazê-lo aparecer e feri-lo onde ele é mais invisível e mais insidioso. Luta não para uma "tomada de consciência" (há muito tempo que a consciência como saber está adquirida pelas massas e que a consciência como sujeito está adquirida, está ocupada pela burguesia), mas para a destruição progressiva e a tomada do poder ao lado de todos aqueles que lutam por ela, e não na retaguarda, para esclarecê-los. Uma "teoria" é o sistema regional desta luta. (Deleuze; Foucault, 2011, p.71, grifos nossos)**

De certo modo, atualmente, os intelectuais também andam invalidados, apanhando de vários lados. Muitos setores da população expressam seu descontentamento com esse lugar de quem “sabe”, o que tem múltiplos efeitos: desde grupos historicamente subalternizados ampliando a voz para expressarem suas demandas, e validarem seus próprios saberes ancestrais, até grupos destituindo conhecimento científico, tal como a importância de tomar uma vacina. Escrevo esse trabalho enquanto uma intelectual, no chão da psicologia, que convive e faz parte de grupos heterogêneos: de acadêmicos, mulheres, negros, trabalhadores sem vínculo formal, maternidades. Na intercessões desses lugares, cansaço, urgência e perplexidade são afetos que ora convocam, ora paralisam a escrita. Certa vez em meu espaço privado de análise — saídas que lançamos mão para não adoecer, cada vez mais circunscritas a um campo individualizante — enquanto falava, sem pausar ou respirar, das demandas que não estava dando conta em meu trabalho no CAPS-ad, o analista interrompeu: “Precisamos parar, isso é infinito”. Após seis anos trabalhando como técnica na saúde mental, parei, para tomar fôlego de um infinito que ameaçava me engolir.

Pensar em políticas públicas incluindo as perspectivas dos trabalhadores e dos usuários, é também pensar no modo de produção da vida no contemporâneo. Os acontecimentos políticos, econômicos, virais, as mutações da subjetividade que testemunhamos atualmente, ameaçam engolir possibilidades em nós de destoar desse fascismo generalizado, de ousar fazer redes, gestar projetos mais coletivos, enfrentar as seduções e os desmandos do capital. Falava há pouco em análise de implicações, os analistas institucionais também cunharam um conceito que a complementa, a *sobreimplicação*: aponta para momentos nos quais a análise se faz de forma isolada, tomada em um único nível, impossibilitando que outras dimensões se façam presentes. Para Coimbra e Nascimento (2005), a sobreimplicação tem como efeitos a crença no ativismo da prática, a dificuldade de se processar análises de implicações, visto que o campo permanece ocupado por um único modo de olhar. É por aí que me parece interessante seguir, abrindo caminho pelo que embaraça.

## **Corpo-trabalho:**

**A gente construiu um grupo doido.** No primeiro dia eram o motorista de ônibus macho alfa, a mulher depressiva, a senhora que toma remédios, o ex-morador de rua, a mulher da igreja, o alcoolista, dentre outros personagens “O”, “A”: os estereótipos, os sintomas, as histórias únicas. Achávamos que um ou outro não iriam voltar, que pouco podíamos diante de tantas dores. Enlouquecemos todos.

Compomos caminhos tortos, derivas, um cuidou do outro sem bondade, as diferenças confrontadas. O saber do farmacêutico se transversalizando, o saber da psicóloga se desfigurando. E após tanto tempo eles continuam voltando. Como o motorista consegue voltar? E nem é mais o mesmo. Ela, e descobrimos que são muitas, diz que passou vinte e cinco anos submissa ao marido, que o machismo é uma doença. O outro diz que nunca levantou a mão pra mulher e que se orgulha disso. A dona de casa primorosa que disse odiar homens porque são todos uns porcos — o motorista de ônibus ouvindo de cabeça baixa — solta inesperadamente que se identifica com o morador de rua porque no passado morou alguns dias ao relento. Usar ou não medicação? Usar medicação é o mesmo que viver de remédios? Mas olha só, eu tomo porque preciso! Casamento precisa de amor? Amor é igual a paixão? Pode filho não cuidar do pai? Como faz quando quer bater? Como se cura depressão? São tantas pontas atravessando nosso corpo enquanto sustentamos um certo lugar. Enquanto um te chama de senhora e a outra de filha. Não se deve levar tais personagens ao pé da letra, são uma distorção do meu olhar para dizer como estou na saúde mental, e de que modos a saúde mental está em mim, as vezes como uma maldição. Não é simples dizer que em pouco tempo pode ser necessário sair. Não, nem todas as entradas são boas. E nem todas as saídas se tornam múltiplas. Às vezes elas te partem ao meio. (Escrita livre, 2015)

No último ano em que trabalhei no ambulatório de saúde mental, participei do Fórum dos Trabalhadores da Saúde Mental, fui para manifestações na rua em nome da ausência de medicamentos psiquiátricos importantes, papel higiênico no banheiro, regularização dos atrasos nos salários, ausência de concurso público, pedido por um CAPS-III (funcionamento 24h), direito de acesso dos usuários ao transporte público, e por conseguinte a cidade. Eram muitas as pautas, mas convergiam em algo básico: acesso a uma saúde de qualidade, bem como condições mínimas de trabalho para os profissionais. As acusações da Prefeitura de Niterói (gestão Rodrigo Neves) de que manipulávamos “doentes mentais” para garantir nossos salários, como se salário fosse barganha e não um direito estabelecido, o modo que as pessoas nos olhavam nas manifestações na saída das Barcas, na rua, o modo que fomos compreendendo na carne a exclusão radical da loucura na cidade,

e como fomos aprendendo a tornar mais atrativo o movimento para ter apoio da população, compuseram um longo processo de luta, invenção e cansaço.

Em resumo, sublinharia desse movimento alguns desdobramentos principais: acelerar a abertura de um processo seletivo simplificado que extinguiria boa parte do vínculo RPA (Registro de Pagamento Autônomo) utilizado ilegalmente há mais de dez anos na saúde mental de Niterói, que culminou entre outros efeitos importantes em colocar na rua uma parte dos trabalhadores envolvidos nas manifestações. Uma das lideranças do nosso movimento, um médico, foi convidado pela Prefeitura para o cargo de diretor do hospício, após a demissão da diretora que tanto criticávamos. Ele escolheu mais três trabalhadores-militantes para serem seus assessores diretos e lá eles permaneceram enquanto os colegas eram demitidos, tal como permaneceu o hospício, e a fragilização da rede extra-hospitalar.

Nesse ano, uma carga de cansaço se acumulou, menos pelo trabalho em si e mais devido ao processo desgastante de discutir funcionamento reduzido dos serviços, estratégias de resistência, enquanto o público que tratávamos precisava de assistência imediata. Acompanhei as conversas com a Secretaria de Saúde, as audiências públicas na câmara dos vereadores, o discurso do PSOL (Partido Socialismo e Liberdade) que se aproximava de nossas manifestações e as utilizava como queria. Recordo de pensar uma vez, enquanto me dirigia a câmara municipal: como uma pessoa que lê Foucault desde a graduação se torna alguém que se apega com tanta ingenuidade ao Estado?

Saio da rede de saúde mental antes da demissão dos trabalhadores, com ares de quem nunca mais voltaria. Vou para a gestão estadual da assistência social, para o antro do Estado, no prédio do relógio da Central do Brasil. Eles queriam renovação com as novas “contratadas da UERJ” (mais um vínculo precário de contratação), era o que a Subsecretária dizia, mas eram visíveis as correntes da estrutura aquém de sua vontade pessoal. Na gestão estadual descobri o SUAS (Sistema Único de Assistência Social), estudei normativas, diretrizes, recebi Secretários municipais e equipes técnicas dos municípios do estado do Rio, produzimos capacitações, eventos, recebi as críticas que os trabalhadores da ponta tinham à gestão, visitei equipamentos para verificar as condições físicas e técnicas enquanto me sentia policialesca, e paradoxalmente me perguntava porque a saúde mental de Niterói não tinha fiscalização alguma.

Auxiliamos municípios a instalarem CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social) e Centro-Pop (Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua). Fiquei perplexa ao perceber que os problemas de implementação da assistência social não era principalmente uma questão de ausência de verbas, não raro o dinheiro vinha do governo federal e era devolvido porque os gestores não sabiam como utilizá-lo. Fui pescando outros desafios, especialmente através dos discursos que circulavam extraoficialmente na gestão: “Eles se recusam a

abrir Centro-Pop porque os moradores não querem pessoas de rua por perto”, “Essas Secretárias são mulheres dos prefeitos, não sabem nada da política pública”, “Você faz o trabalho com um coordenador e amanhã ele já foi trocado, não existe continuidade”. A Secretaria de Estado, atada a pactos eleitoreiros preestabelecidos, também se movia no modo dança das cadeiras. Presenciei em menos de um ano três trocas de Secretários, dentre eles um pastor evangélico, e outro que apoiava recolhimento compulsório da população em situação de rua. A dança incluía nossos cargos menores, e constantemente havia ameaças de demissões, alimentando um ambiente de paranoia.

Entre o assédio moral de colegas mais antigos protegendo suas posições, a burocratização diária, uma Superintendente (chefia) excepcionalmente ética e subversiva, e uma crença comum ao enfrentamento da exclusão social via políticas públicas, me encontrei em uma encruzilhada de adoecimento, liberdade para criar e com algumas questões para o doutorado. A saber: colocar em análise o hiato entre a implantação e a materialização de determinadas políticas públicas pensando sua dimensão micropolítica, porque visivelmente o discurso macro não dava conta do nosso trabalho de assessoramento técnico. Parte dos gestores e equipes reconheciam a importância da política de assistência social, conheciam suas normativas, a função de cada equipamento da proteção social, e de cada profissional das equipes. Mas durante os assessoramentos, quando perguntava sobre a recepção dos meninos em cumprimento de medida socioeducativa, das pessoas com transtornos mentais, das adolescentes grávidas, das mulheres em situação de violência que não cogitavam prestar queixa na delegacia, etc., vinham os pontos de tensão, paralisia, descrença com o alcance da assistência social. Para além das graves faltas estruturais (financiamento, capacitações, vontade política), com o que mais os trabalhadores sociais se encontram em seus campos de intervenção que muitas vezes os fazem recuar e endurecer?

Todos sabem o que aconteceu na UERJ<sup>1</sup>, ou talvez não, haja vista a invisibilidade estratégica desse tipo de desmonte. Assim aconteceu aquela época com os nossos contratos de

---

<sup>1</sup> “Nos últimos anos tem sido sistematicamente atacada pelo governo por meio de cortes no seu orçamento e atraso no pagamento de salários e bolsas. Como resposta a este descaso e por estarem impossibilitados de continuarem trabalhando técnicos, professores e alunos estão em greve. Em razão disto, a mídia e até mesmo a comunidade interna acostumaram-se a chamar o momento atravessado pela universidade de "Crise da UERJ" (...) O que acostumou-se chamar hoje de crise da UERJ, crise da saúde, crise da educação é, antes de qualquer coisa, consequência de uma política que tem por objetivo o desmonte do serviço público em benefício da privatização dos mesmos. Tanto o governo federal do Michel Temer como o Estadual do Pezão vem promovendo um desmonte sistemático das Universidades públicas, por meio da asfixia orçamentária e valorização de iniciativas que transferem o protagonismo destas instituições para os grandes grupos educacionais como a Anhanguera, Anima, Estácio, Kroton e outras. Por isso, a expressão "desmonte da UERJ" é mais apropriada, na medida que expressa o que de fato vem ocorrendo com a universidade. O desmonte ocorre por meio da falta de repasses e a consequente precarização da estrutura, com o corte no orçamento destinado à pesquisa e extensão, com o atraso de salários e bolsas – deixando alunos e professores sem condições de estarem atuando em suas atividades –, e principalmente, com o discurso

trabalho mediados através dela, menos de um ano e fomos desligadas por falta de repasse de verbas. Convidada a permanecer através de um outro vínculo menos precarizado, enquanto aguardava minha nomeação como funcionária ser assinada por algum secretário da máquina, volto para a saúde mental de Niterói através do processo seletivo simplificado o qual tanto critiquei à época das manifestações. Dessa vez querendo somente “apertar parafusos”, sem fórum de trabalhadores ou audiências públicas na câmara dos vereadores. Meses depois estava imersa em aproximações com a assistência social, articulando projetos com a atenção básica, questionando figuras de autoridade que caíam de paraquedas em nossas reuniões, apresentando trabalho sobre articulação intersetorial no hospício. Há forças nas políticas de cuidado que me convocam, inviabilizando o distanciamento que gostaria de interpor entre mim e o campo. Não digo isso com o orgulho de uma trabalhadora que se afirma politizada, cumpridora de sua função. Existem forças de ressentimento, adoecimento, vontade de resolutividade e onipotência, que paralisam e por vezes impedem o próprio trabalho.

Permaneci no CAPS-ad por aproximadamente três anos, três dias na semana, geralmente com mais de vinte e cinco casos sob os meus cuidados, além do processo cotidiano comum a toda a equipe: acolhimentos de novos usuários, presença nos espaços coletivos de convivência, realização de grupos, reuniões de equipe, articulações com serviços externos. A respeito dos casos, complexos e delicados, os que encontrava maior dificuldade eram pessoas em situação de extrema pobreza, moradores em situação de rua com tuberculose, as tentativas recorrentes de suicídio, pacientes se tratando sob cumprimento de medida judicial, pessoas usando diariamente mais de cinquenta reais de cocaína, ameaças de internação compulsória, subnutrição, violência doméstica, vinculações amorosas/eróticas com o tratamento bastante desconfortáveis, pacientes que escutavam “vozes de comando” que os colocavam em risco.

Não é novidade a ocorrência de casos graves nos CAPS, essa é justamente a função desse dispositivo. Busco situar com essa descrição, que cada problematização tecida às práticas em saúde mental, vem de um corpo que vivenciou as dificuldades cotidianas na lida com essas demandas. É necessário problematizar o conceito de loucura, o discurso moralizante sobre as drogas, o tipo de sociedade na qual vivemos, mas sem sobrevoar o concreto do dia a dia das equipes que tentam viabilizar o “cuidado” a essas pessoas atravessadas pela loucura, pelas drogas, pelas ruas. Por

---

promovido pelo governo e pela iniciativa privada – e seus meios de comunicação – argumentando que o ensino superior gratuito é injusto, que beneficia os mais ricos e custa muito caro”. (REIS, Rafael. Esquerda Diário, 2017. Disponível em: <http://www.esquerdadiario.com.br/Crise-da-UERJ-ou-desmonte-da-Universidade-publica>. Acesso em: 18 jul. 2018).

exemplo, quem ajuda a tomar banho um paciente que se suja inteiro de fezes no corredor de um serviço de saúde mental, para que eu possa escrever a palavra ‘hospício’ em tom de crítica em um trabalho para o Doutorado, é quem é mais desvalorizado nesses serviços e nessas análises. Me refiro, por exemplo, aos técnicos de enfermagem que possuem maior carga horária de trabalho e menores salários. Não é raro que sejam silenciosos em reuniões de equipe, e que se dirijam aos psicólogos e a outras categorias de nível superior, como se estes detivessem o conhecimento mais importante. Existe um histórico de truculência no encontro do serviço técnico de enfermagem com a saúde mental, na medida em que alguém precisa fazer o trabalho braçal da institucionalização. Mas a violência das condutas e do carimbo dos psiquiatras, a voz mansa dos psicólogos e psicanalistas, se são sutis em aparência, podem ter efeitos semelhantes a camisas de força.

Compus no CAPS-ad uma equipe heterogênea com noções muito diversas sobre o que é um tratamento para o uso prejudicial de álcool e outras drogas. Muitas vezes olhei para meus colegas de trabalho sem conseguir perceber, de dentro, que as forças que nos atravessavam impondo as mais diversas urgências, em um contexto de falta de recursos essenciais, não se restringiam a uma questão individual de ser um bom ou mau profissional. Vivenciamos individual e coletivamente as problemáticas do desmonte sistemático de tudo o que é público, e, na contramão de tudo isso considero que éramos uma equipe apaixonada pelo nosso campo de trabalho, fazendo além do possível para que as pessoas que acessassem aquele serviço encontrassem um atendimento digno.

Estava falando em sobreimplicação, pois gastei essa tese em meio a esse cotidiano intenso de trabalho. Atravessada pela crise do pensamento no Programa de Pós-graduação da UFF — a partir dos debates e da implementação das políticas afirmativas, e seus diversos desdobramentos. Em meio as reviravoltas e efeitos do Golpe de 2016 — “Não vai ter Golpe”, como isso pode ter de fato acontecido? Na cabeça uma cena recorrente: resultado das eleições, William Bonner no Jornal Nacional dizendo com uma cara de enterro à Presidente eleita: “A senhora vai governar um país dividido, como fará isso?”, e um pensamento imediato “eles não vão deixá-la governar”. O ódio nas redes sociais. Assisti perplexa pessoas que conhecia e com as quais trabalhei nos serviços públicos declarando voto em Bolsonaro — médicos sim, mas também assistentes sociais mulheres. Então, a vereadora negra do PSOL, e seu motorista, são assassinados com quatro e três tiros em uma emboscada até hoje sem respostas oficiais. “Ele não”, gritamos em um coro poderoso de mulheres, e, no entanto, ele foi eleito. Lula foi preso, junto com o projeto social que representava. Uma avalanche de convocações para atos que buscavam garantir o que já estaria garantido, se acumulavam na tela do celular. Era preciso se posicionar, enfrentar, fazer algo. Houve um momento longo, arrastado, em que não conseguia fazer mais nada. Muito menos escrever.

Inicialmente era um excesso de questões que se embaralhavam e emudeciam no momento de responder a perguntas simples, tais como “seu doutorado é sobre o quê?”. Vinha um conjunto de imagens sobrepostas: de quando sumia um celular no CAPS-ad e usuários e técnicos queriam chamar a polícia; da guarda municipal resguardando a porta do serviço especializado para pessoas em situação de rua; de quando picharam nas paredes da Secretaria Municipal de Assistência Social uma ameaça de morte a um conhecido assessor político; de profissionais mulheres trancadas na sala de um abrigo institucional localizado em um local ermo, com medo de serem assediadas pelos internos; a cena de uma reunião amistosa com a gestão da saúde e da assistência social, enquanto a “pauta” da reunião aguardava resposta há meses na rua, com pneumonia: “estou me sentindo um lixo doutora, não quero conversar”; as folhas do meu projeto com um título o qual me esquecia a cada vez um pedaço, os autores europeus dos quais não abria mão ainda que estivessem sob o rótulo de colonizadores; as contradições da minha equipe de trabalho que se afastava por picuinhas, e se juntava para segurar situações limites; o riso irônico de um paciente que zombava do que era possível fazer no CAPS-ad; a preguiça de escrever sobre o que experienciava cotidianamente, e a impossibilidade, a cada tentativa, de escrever sobre outra coisa porque aquilo pedia passagem.

Nessa época ainda não havia Covid-19, nem aqueles que ocupam o Ministério da Saúde querendo nos matar. Há quatro anos sinto saudades do Mestrado (2009-2011), um tempo em que conseguia alguma explicação para as contradições políticas, em que os autores e professores eram um porto seguro. Onde podia discutir com minha família dizendo que não votaria no Partido dos Trabalhadores (PT) porque eles se institucionalizaram, e fazia campanha para o Partido Socialismo e Liberdade. Hoje parece que a vida se resume a torcer pelo menos pior. Esperar o próximo golpe, a próxima petição, o próximo decreto. Nesse momento, enquanto assistimos perplexos ao comportamento do governo federal com relação a vacinação para a Covid-19, a ameaça mira na destruição das redes de atenção psicossocial/saúde mental<sup>2</sup>. Mergulhada neste plano de organização, não poderia escrever esse trabalho, que trata de enxergar os movimentos forçados ao invisível, a variabilidade do que se pretende unívoco, as histórias menores, a vida que apesar de tudo, pulsa.

Constatamos que a realidade social resiste aos quadros formulados a priori, às categorias gerais bem delimitadas, aos modelos já circunscritos que não conseguem mais explicar as condições da

---

<sup>2</sup> No final do ano de 2020, o Ministério da Saúde do governo bolsonarista introduziu na pauta da Câmara Técnica do Conselho Nacional de Secretários de Saúde a intenção de revogar 99 portarias relacionadas à política nacional de saúde mental, entre elas as que instituem os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) e os SRT (Serviços Residenciais Terapêuticos). Trataremos desse evento ao longo da Entrada 1.



mulher, da família, da infância, dos excluídos, instaurando-se o desafio de uma teorização permanente. (Aguiar; Rocha, 2003, p. 72).

Minha orientadora nunca nos deixou esquecer que fomos constituídos dentro de uma lógica dicotômica que nos faz perceber apenas duas forças em luta no mundo, enquanto perdemos a possibilidade de acessar a multiplicidade dos processos em curso. “Na hora que estamos escrevendo estamos desenhando um mundo”, ela diz. E isso me atenta para o tom excessivamente amargurado que uso em determinadas análises. Se pessoas que passaram pelas ditaduras, pelas recessões econômicas, por outras crises, estão sobrevivendo, por que sempre achamos que o nosso tempo é o pior de todos os tempos? “Tem um mundo que está desabando, quais os fios?”, ela questiona.

## **Linhas:**

Faz tempo que persigo uma linha que foge. Deleuze e Parnet (1998) me lembram que são linhas, de naturezas diversas. Para fins de estudo as dividem em linhas de segmentaridade dura (molares), linhas de segmentaridade flexível (moleculares) e linhas de fuga. As primeiras são pensadas de modo semelhante as *sociedades disciplinares* de Foucault, os grandes segmentos bem determinados que nos recortam em todos os sentidos e direções: idade, trabalho, sexualidade, raça:

A máquina abstrata de sobrecodificação assegura a homogeneização dos diferentes segmentos, sua convertibilidade, sua traduzibilidade, ela regula as passagens de uns nos outros, e sob que prevalência. Ela não depende do Estado, mas sua eficácia depende do Estado como do agenciamento que a efetua em um campo social (...) Pode-se perguntar hoje quais são as máquinas abstratas de sobrecodificação que se exercem em função das formas de Estado moderno. Pode-se até mesmo conceber “saberes” que fazem ofertas de serviço ao Estado, propondo-se a sua efetuação, pretendendo fornecer as melhores máquinas em função das tarefas ou dos objetivos do Estado: hoje a informática? Mas também as ciências do homem? (Deleuze; Parnet, 1998, p. 105).

As linhas moleculares, por sua vez, traçam pequenas modificações e desvios, delineiam quedas ou impulsos, que não coincidem com o que se passa nos grandes cortes segmentários. Não respondem a suas complementaridades ou a seus binarismos, colocando em jogo esse plano de organização. Os autores as comparam a uma espécie de terceiro que vem sempre de outra parte, não uma síntese entre A e B — um terceiro sexo, uma terceira classe, uma terceira idade — posto que essa captura já está contida nos grandes segmentos. Trata-se de outras variedades de velocidades e lentidões, “as grandes rupturas, as grandes oposições são sempre negociáveis, mas não a pequena fissura, as rupturas imperceptíveis” (Deleuze; Parnet, 1998, p. 107). Por exemplo, tudo vai mal em determinado cenário macropolítico, ou vive-se uma doença fatal, mas a experimentação é de alívio ou de liberdade. Algo se passa noutra dimensão, por outras conexões, atrações e repulsões.

Já as linhas de fuga, nos levam através dos segmentos (linhas 1) e dos limiares (linhas 2), em direção a uma destinação desconhecida, não previsível, não preexistente. Deleuze a chama de o caminho da alma do dançarino. São linhas de ruptura, tortuosas, intempestivas, um tempo não pulsado, como um vento que se levanta, ele descreve. Para os autores, em uma sociedade o que é primeiro são os movimentos de fuga, seus fluxos de desterritorialização, e não há uma adjetivação dessas linhas, no sentido de que as fugas não se dão fora do social, nem são utópicas:

As grandes aventuras geográficas da história são linhas de fuga, ou seja, longas caminhadas, a pé, a cavalo ou de barco: a dos hebreus no deserto, a de Genserico, o Vândalo, atravessando o Mediterrâneo, a dos nômades através da estepe, a longa caminhada dos chineses – **é sempre sobre uma linha de fuga que se cria, não, é claro, porque se imagina ou se sonha, mas, ao contrário, porque se traça algo real, e compõe-se um plano de consistência.** Fugir, mas fugindo, procurar uma arma (Deleuze; Parnet, 1998, p. 110, grifos nossos).

Os autores explicitam os perigos de todas as linhas. As molares/duras com os riscos da totalização, não só referidas ao Estado, mas aos inúmeros dispositivos de poder que trabalham nossos corpos, nos recortam, sobrecodificam nossa subjetividade. Tão perigosas que parece irresistível explodi-las todas, mas e se, eles indagam, explodíssemos nosso próprio organismo e nossa própria razão, tão acoplados que estamos a essas linhas? Sugerem prudência: flexibilizar sua dureza, desviar, suspender, não só no território do Estado ou dos “poderes”, mas em **nós**. E se tudo pareceria resolvido sobre linhas mais moleculares/flexíveis, elas também comportam seus perigos particulares. Equivalentes aos riscos de totalização das linhas duras, mas em nível micro, portanto,

mais difíceis de detectar. São os *microfascismos* de um campo social, dos quais nos fala Guattari, que não precisam estar centralizados no aparelho estatal. O justiceiro, mas também os que se intitulam vanguarda, os que querem ser donos dos processos de emancipação:

Deixou-se o campo da segmentaridade dura, mas se entrou em um regime não menos regulado, onde cada um se afunda em seu buraco negro e torna-se perigoso nesse buraco, dispondo de um seguro sobre seu caso, seu papel e sua missão (...) Não são os marginais que criam as linhas; eles se instalam sobre essas linhas, fazem dela sua propriedade, e é perfeito quando eles têm a curiosa modéstia do experimentador, mas é a catástrofe quando deslizam para um buraco negro, de onde não sai mais do que a palavra microfascista de sua dependência e de seu atordoamento: “Nós somos a vanguarda”, “nós somos os marginais...”. (Deleuze; Parnet, 1998, p. 162)

E a terceira linha, de fuga, comportaria riscos mais explosivos. Além da possibilidade de entrar em curto-circuito com as outras duas linhas, contém nela mesma uma intensidade que pode se precipitar em pura abolição de si mesmo e dos outros. Paixão pela destruição.

Os autores afirmam que aquilo que nomeamos como Esquizoanálise, Micropolítica e Cartografia têm o mesmo objeto: o estudo dessas linhas, em grupos ou indivíduos. E trata-se, não de interpretar, mas de indagar:

1) Quais são os segmentos duros, suas máquinas binárias e de sobrecodificação? Pois até mesmo estas não são dadas prontas, não somos apenas recortados por máquinas binárias de classe, sexo ou idade: **há outras que estamos sempre deslocando, inventado sem saber**. E quais os perigos se fizermos explodir esses segmentos rápido demais? O próprio organismo não morrerá com isso, ele que possui também máquinas binárias, até em seus nervos e seu cérebro? 2) Quais são suas linhas flexíveis, quais fluxos e quais limiares? Que conjunto de desterritorializações relativas, e de reterritorializações correlativas? E a distribuição dos buracos negros: **quais são os buracos negros de cada um, lá onde uma besta se aloja, onde um micro-fascismo se alimenta?** 3) Quais são suas linhas de fuga, lá

onde os fluxos se conjugam, lá onde os limiares atingem um ponto de adjacência e de ruptura? **São elas ainda toleráveis, ou já estão tomadas em uma máquina de destruição e de autodestruição que recomporia um fascismo molar?** (Deleuze; Parnet, 1998, p.117, grifos nossos).

Orientada pelas perspectivas da Análise Institucional e da Filosofia da Diferença, intercessores teórico-práticos na construção de um olhar micropolítico, entendo que pesquisar é colocar em cena a multiplicidade de forças que compõem um campo. Independente do quanto ele se apresente homogêneo, estático, pronto para validarmos nossas hipóteses. A aparente repetição do funcionamento de um serviço público, por exemplo, abriga complexas relações. Entre as equipes técnicas e a população que acessa os serviços, e aquela que não consegue acessar; relações com uma prefeitura, um tipo de vínculo empregatício, com os conceitos de saúde e de vulnerabilidade social, o saber médico e a psicanálise, a legitimação de conhecimentos formais e informais, com orientações que se pactuam e se burlam, o enfrentamento e o apaixonamento pelo poder, com alianças que fortalecem ou despotencializam. Dinâmicas que atualizam, ao mesmo tempo, a reprodução do instituído, fluxos pedindo passagem por outros limiares, e movimentos disruptivos.

Passar pela banca de qualificação no doutorado, sair novamente da rede de saúde mental, estar como professora substituta da UFF, acompanhar os levantes antirracistas, os levantes de mulheres, os desdobramentos das cotas na pós-graduação/UFF, me submeter a um Comitê de Ética para entrevistar profissionais da saúde e da assistência social, assim como entrevista-los, foram acontecimentos que trouxeram deslocamentos importantes para um olhar que estava habituado a pensar essas linhas/forças de um certo lugar. Uma pesquisa deveria conduzir-nos por onde não sabemos, e estava tão mergulhada em vivências de trabalho e universais teóricos, que vinha me percebendo sabida demais, cheia de constatações. Tinha a sensação de que caminhava, na tese, para repetir as elaborações do Mestrado, em um mundo que se apresentava completamente diferente. O núcleo da minha repetição, suspeito que seja o seguinte: “Existe uma tradição platônico cartesiana no Ocidente, nós somos pesquisadores que recusam a neutralidade científica, e conseguimos colocar em análise nossos lugares de saber e de poder; fazemos um trabalho inventivo, e construímos outra coisa por dentro do sistema capitalista”.

No capítulo final da dissertação, sobre orientação vocacional/profissional e mundo do trabalho, me encontrei diante de linhas de fuga — que arriscavam transformar-se em linhas de abolição. Um chamado para desmontar tudo, indicando outras direções, sussurrando que aquelas análises eram apenas as bordas da questão: “Olha, mas não adianta ficar só nisso, você precisa

retirar os processos das suas mãos, senão tudo terá sido inútil”, pensava. Recentemente uma jovem que acompanhei no consultório, para auxiliar na escolha profissional, disse em uma de nossas últimas sessões: “Existe um caminho para poder chegar aonde a gente já sabia”. Entendi que ela estava falando sobre valorizar o percurso, e que aquele “sabia” se referia mais a apostas do que a certezas. Quando menciono o núcleo da minha repetição, quero dizer que se havia algo que apaziguava certa perplexidade diante do mundo, foi corroído. E enquanto considero mencionar novamente o impeachment da presidente do partido dos trabalhadores, a ascensão do ódio a luz do dia, a perda de frágeis direitos, ou mesmo a pandemia da Covid-19, me pergunto por que outras questões existentes eram até então toleráveis. Como a própria institucionalização decadente do PT, o extermínio sistemático de uma juventude negra, o desemprego como projeto, o racismo, o ódio e o fascismo bem dosados e disfarçados da classe média, matando outros corpos a conta gotas.

Um conjunto de agenciamentos coletivos se rearranjam e um modo de pensar e pesquisar se corrói, alguma coisa escapa. Considerando que não sejam necessariamente os grandes acontecimentos, felizes ou desgraçados, que mudam a qualidade de uma linha:

Um limiar de diminuição de resistência ou aumento de um limiar de exigência: **já não se suporta o que se suportava antes, ontem ainda;** a repartição dos desejos mudou em nós, nossas relações de velocidade e de lentidão se modificaram, um novo tipo de angústia surge, mas também uma nova serenidade. Fluxos se moveram, é quando sua saúde está melhor, sua riqueza mais assegurada, seu talento mais afirmado, que se dá o pequeno estalo que vai fazer a linha ficar oblíqua. Ou então o inverso: você começa a ficar bem quando tudo se quebra sobre a outra linha, imenso alívio. Não suportar mais alguma coisa pode ser um progresso, mas pode também ser um medo de velho, ou o desenvolvimento de uma paranoia. (Deleuze; Parnet, 1998, p. 103).

## **Corpo-escrita:**

No programa de pós-graduação/UFF temos a tradição de discutir nossas políticas de escrita, na medida em que escrever é um ato através do qual, esteja ou não explícito no texto, há a intencionalidade de visibilizar determinadas questões, trabalhando-as a partir de certos lugares, olhares, intercessores. Em meio a isso, compomos nossos textos acolhendo a diversidade de estilos

de escrita de cada um. Quanto ao meu estilo, faço coro a Belchior (1976): “Não me peça que eu lhe faça uma canção como se deve. Correta, branca, suave, muito limpa e muito leve. Sons, palavras, são navalhas e eu não posso cantar como convém, sem querer ferir ninguém. Mas não se preocupe meu amigo, com os horrores que eu lhe digo. Isso é somente uma canção. A vida é realmente diferente, quer dizer, ao vivo é muito pior”.

Trabalhar com a pobreza, com uma população violada desde a infância em direitos que para outra população são naturais (como abrir a torneira e sair água), estar em serviços sucateados, conviver com o falatório vazio dos gestores políticos, são experiências que exigem ferramentas. Correspondo a um grupo de profissionais que o capitalismo gosta: vida centrada no trabalho, apaixonada pela profissão, acelerada, paranoica, pau para toda obra. Mas sou também aquele tipo de profissional que os gestores capitalistas não podem gostar, ao menos não sem cautela, porque me falta um pouco de humildade. Em qualquer espaço de trabalho, nem sempre a nível consciente, acabava por problematizar o que era para ser mantido quieto. E são muitas as coisas que precisam ser mantidas em silêncio para que um serviço funcione tal como ele é — acomodado em suas contradições, que podem reproduzir exclusões e outras violências.

Na gestão estadual da assistência social/RJ os funcionários mais antigos tinham uma expressão para esse tipo de profissional que questiona: “Mal chegou e já quer sentar na janela”. Na rede de saúde mental de Niterói os termos utilizados são “altiva” e “destitutiva”. Até apreender os códigos da linguagem de determinados locais, para falar o que era necessário sem muita exposição, saía em frangalhos de reuniões intra/intersetoriais nas quais insinuava-se que eram pessoais as pautas que levantava buscando respostas técnicas para a negligência que se apresentava no cotidiano dos serviços. Quanto mais sucateado/desmontado o sistema, maior a tendência de se cristalizarem regras que viram barreiras de acesso para os usuários, e de tratarem os profissionais como rebeldes que precisam de humildade, ou como histéricas que precisam de psicanálise.

Trabalhar nessas condições me exigiu um corpo, assim como escrever sobre elas. Não queria me tornar uma profissional protocolar de sentidos anestesiados — um dos efeitos da institucionalização da precarização. Nem deixar de construir o que estivesse ao alcance, na impossibilidade do ideal no qual acreditava. O ideal as vezes é só água potável para beber. Lembro de uma colega da UFF, profissional concursada da equipe da infância, dizendo indignada que “se a equipe não bebe a água do CAPS-i, então as crianças também não poderiam beber”. Quais as operações necessárias para que se naturalize, em espaços específicos, crianças sem água potável? Que condição é essa que se inflige a determinados corpos?

Nesse sentido, no campo do trabalho (e da escrita) me desdubro nos possíveis da realidade, ao alcance dos braços, mas mantenho uma dose de altivez e sarcasmo diante de certas situações —

nunca diante dos usuários dos serviços. A minha escrita vem dessa realidade, onde se oferece escuta e acolhimento para pessoas que não têm comida. Vem da sobrevivência, do não saber o que fazer, do testemunho de acontecimentos muito duros para serem invisibilizados sob a fala de que fazemos “a nossa parte”. Esse modo de trazer as questões, é um jeito de não naturalizar um estado de coisas. Não naturalizar uma mulher que sai de um serviço de saúde se arrastando no chão. Enquanto carregar essa recusa, de algum modo, o projeto da colonização, do missionário — contra o qual me dei conta de que luto — não se efetivará. Essa escrita não é de apaziguamentos, e talvez incomode. Não é para dizer que apesar de tudo fazemos um excelente trabalho na psicologia, ou para comprar o papel higiênico da saúde mental e dizer orgulhosa que o meu desejo sustenta aquilo lá. No entanto, acredito que apesar da dureza, ela há de afirmar alguma coisa. “Entre pedras cresceu a minha poesia, minha vida. Quebrando pedras e plantando flores. Entre pedras que me esmagavam, levantei a pedra rude dos meus versos” (Cora Coralina, 2012, p.41).

Isso exposto, acolho e considero as indicações de prudência da banca de qualificação: cuidar para reconhecer a potência de um trabalho que se desenvolve, não se autoflagelar a cada parágrafo, poder distinguir nossas práticas a favor da dignidade da vida, de práticas de controle e aniquilamento do outro. Diferencio nos títulos desse texto o Corpo-Trabalho do Corpo-Escrita, em um exercício de afinar essas indicações. Esses corpos se sobrepõem, um não nasceria sem o outro, mas para escrever, ainda que encarnada na experiência, é necessário deslocamentos. Principalmente quando pesquisar não se trata de apresentar relatórios sobre o cotidiano de trabalho, mas de dar passos além, ampliando um campo de questões e de análises. Para compor esse corpo-escrita, tão sobreimplicado com o trabalho, enfrento três inimigos principais os quais transformo em personagens, a fim de lhes atribuir um traço de ridículo e diminuir seu poder de destruição:

**O horror/claustrofobia com o presente:** personificado na figura de um ermitão encastelado em uma torre (ou de um cientista confinado em seu laboratório). De lá lamenta o que acontece do lado de fora, e mesmo concluindo que o mundo não é um lugar que valha a pena, não consegue parar de olhar, nem de se lamentar. Seus pontos fortes são a inteligência e sua coleção de leituras de qualidade. Possui limitações para lidar com a vida prática, e se mantém solitário. Acaso se dispusesse a sair da torre (ou do laboratório) e olhar através de outras perspectivas, poderia contribuir e/ou se surpreender com a vida que pulsa a despeito dos julgamentos.

**A arrogância:** o veneno de quem abraça abordagens que considera críticas na formação acadêmica/profissional, e perde a possibilidade de trabalhar com o outro e suas abordagens distintas, porque está muito apaixonado por si mesmo. Pode ser personificada na figura de uma pessoa que teve acesso a chaves de conhecimentos e saberes poderosos, mas ficou aprisionada, à míngua, porque esqueceu de outros saberes principais: como se nutrir e se comunicar.

**O ressentimento:** uma represa de arrependimentos, memórias inoportunas de dissabores, indignações que perderam a validade, picuinhas, respostas espirituosas pensadas anos depois. É uma figura estacionada no tempo, não consegue avançar porque seus olhos ficaram atarantados demais com o passado e o resto do corpo paralisou. Por estar presa no tempo, não consegue crescer, permanecendo um pouco imatura — por isso é comum vê-la vez ou outra dando ataques de raiva infantis. Quando a represa arrebenta, destrói tudo ao redor.

Quando escrevo também tenho aliados que me ajudam a avançar:

**O encantamento com o presente:** é uma força de multiplicidade, remete a meninas e mulheres negras publicando seus textos, soltando seus cabelos e suas vozes; às mulheres questionando a indústria da beleza, a indústria dos relacionamentos afetivos, suas crenças religiosas e questões sobre o aborto. Uma juventude que expõe sua sexualidade. Populações pautando suas próprias questões. Um povo que vive apesar do extermínio sobre suas cabeças. Cotas para negros, indígenas, pessoas *trans* e pessoas com deficiência nas universidades. A personificação dessa força seria uma coletividade de corpos de cores, idades, experiências e modos de pensar heterogêneos. Um rizoma que se você corta uma parte da raiz, ela cresce em outro lugar.

**A imanência:** trata-se de saber que somos atravessados pelas forças do capitalismo, do pensamento ocidental racionalista, da escolarização, do ressentimento. E que, sabendo a impossibilidade de uma pureza de intenções ou de ações, resta decidir como lidar com o que nos atravessa. “Minha ideia não é que tudo seja mau, e sim que tudo é perigoso, o que não é exatamente a mesma coisa. Se tudo é perigoso, então temos sempre algo a fazer” (Foucault, 1983, p. 231-232). É a imagem de uma mulher que caminha com prudência, mas em frente.

**O testemunho:** é uma figura sem gênero, que tem sensibilidade e memória. Descobriu que o trabalho que realiza faz diferença na vida das pessoas. Enxerga a fineza do que se produz de saídas e criação ainda que em meio aos escombros. Sussurra que é importante continuar. “Em lugar de pôr este desejo num futuro, que se apresenta como um objetivo a alcançar, é necessário que o “tal mundo possível” não fique, enfim, para não se sabe que tempo e para não se sabe que lugar. Que seja afirmado na invenção/experimentação de caminhos que se fazem no próprio ato de caminhar” (Monteiro; Coimbra; Mendonça Filho, 2006, p.11).

Exposta a luta com as palavras, sob uma aparente unidade da escrita, indicamos as entradas de acesso a tese. A Entrada 1, “MACROmicroPOLÍTICA: Nós perdemos o mundo?”, aborda as condições de possibilidade para a emergência das políticas públicas de saúde mental e de assistência social. Trabalha com a hipótese de que ambas as políticas são conquistas fundamentais das lutas populares e, ao mesmo tempo, capturas de um sistema de poder que atualiza a manutenção da ordem social dominante — como a reprodução de uma subjetividade colonial. Através de diários de



campo, relatos de experiências e registros de reuniões intra/intersectoriais monta-se processualmente um olhar micropolítico, que enfrente a tentação das constatações que decretam o fim do mundo.

A Entrada 2, “MICROMacroPOLÍTICA: Acreditar em qual mundo?”, constrói uma lente que amplia o olhar para práticas acostumadas, acontecimentos corriqueiros, e movimentos disruptivos nos encontros entre as equipes técnicas e a população. Enfatiza, através de casos concretos, como os usuários ditos difíceis, problemáticos, colocam questões pertinentes ao funcionamento dos serviços de saúde mental e de assistência social. Inclui uma discussão sobre a diretriz da *Redução de Danos* enquanto uma direção transversal para as nossas práticas de assistência e promoção da saúde, na medida em que a guerra às drogas, o discurso da criminalização e a manicomialização têm consequências alarmantes para a população acompanhada nos serviços públicos.

A Entrada 3, “O Presente é a minha matéria: Sem juízo final”, traz reflexões sobre a questão ética e metodológica das pesquisas nas ciências humanas. Analisa o encontro com o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), e os bastidores da construção das entrevistas com trabalhadores e usuários da saúde mental e da assistência social de Niterói. As entrevistas são apresentadas na íntegra, com a intenção de ecoar as vozes dos profissionais, e de alguns usuários, afirmando as suas próprias questões. Através da força e do respiro que os relatos mais difíceis “da ponta” paradoxalmente inspiram, pretende-se sublinhar a dimensão coletiva e instituinte das políticas públicas.

É premente nessa tese o quanto falo do lugar da classe trabalhadora, ainda que seja um espaço de exploração, é um lugar legitimado socialmente. A partir dele, julgam-se outros lugares como despossuídos de potência. Penso nesse cara que, no CAPS, ajudamos a acessar um benefício via INSS, que se recusava a alugar um quartinho para morar, e passava por mim pelas manhãs, vindo do viaduto, com um saco nas costas e um único banho semanal, enquanto corria afobada para o trabalho. O que esse encontro diz desse modo implicado, ocupado, apressado de existir? Em *Calibã e a Bruxa*, em meio a diversas análises históricas que reviram nosso modo de compreender a “evolução” do capitalismo de cabeça para baixo, Silvia Federici (2017) descreve como nas *lutas camponesas* que marcaram por séculos a resistência da “transição” da idade média para o capitalismo, era considerado por muitos segmentos ser melhor nada fazer, e mesmo passar fome ou ser enforcado, a se submeter a um salário.

Era sobre esse povo errante que pretendia escrever, mas felizmente eles me escapam. Assim, essas histórias não institucionalizáveis, podem aparecer nas entrelinhas do texto. Nos acompanharão por essas entradas cenas narrativas que apontem para aquilo que é relegado a dimensão do mal-entendido, da confusão e do silêncio. Histórias que recolhi e anseio que não fiquem esquecidas. Sorrisos, cheiros, cicatrizes, contradições, violências que testemunhei e que também cometi.

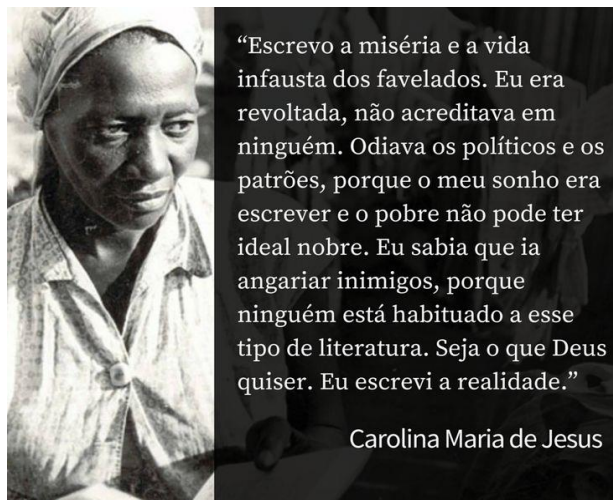
## ENTRADA 1

### MACROmicroPOLÍTICA: NÓS PERDEMOS O MUNDO?



Parece que já começamos, vamos continuar? Esse caminho leva a construção do pensamento que fundamenta esse texto. A fabricação de um modo de olhar o mundo e de colocar os problemas, já que não há nada de natural em pensar. Vamos dialogar com os principais autores que orientam essa caminhada, forjar processualmente nossas ferramentas de análise e aterrar nosso campo problemático. Alerto que a lealdade dessa escrita é menos com os autores — no sentido de uma autoridade, uma escola, uma composição harmônica de ideias — e mais com o campo dos acontecimentos, das questões urgentes que nosso tempo coloca. O convite é para se debruçar sobre questões locais, datadas, os cacos-recortes de uma pesquisadora que não tem a pretensão de instituir uma verdade. Lidaremos, ao mesmo tempo, com a parte mais dura desse trabalho: marcos institucionais, leis, governos. Você vem? Nosso próximo passo é um gesto. Vamos dar as mãos a Carolina Maria de Jesus, e a menina que ela foi - Bitita. Segurar sem pressa essa mão negra, texturizada pelo trabalho pesado, e que também empunhou a caneta da escrita. Carolina-Bitita arrasta consigo uma multidão que não escreveu, e que se escreveu, não foi lida. Essa multidão nos acompanhará junto com outros intercessores que abrem o caminho dessa trajetória-tese.

## 1.1. Uma Carta para Maria Carolina de Jesus:



Carolina Maria de Jesus (1914-1977) foi uma escritora brasileira, traduzida para aproximadamente dezesseis idiomas, embora para algumas vozes da cátedra sua escrita não fosse considerada literatura. Neta de escravizados, filha de uma lavadeira não alfabetizada e de um abandono paterno, tinha mais sete irmãos. Sua vida foi marcada pela herança da escravatura: racismo, miséria, exploração, violência policial, falta de acesso a direitos básicos. Tom Farias (2018) escreve sua biografia, contextualizando como eram naturalizadas no pós-abolição a fome, a violação e a exploração do trabalho da população negra; inclusive das crianças que as famílias brancas tomavam para criar e tratavam em regime análogo ao da escravidão.

Trabalhadora da terra, empregada doméstica, lavadeira, catadora de papéis; à despeito do curto tempo na escola, foi desde cedo ávida leitora, vindo a escrever por toda a vida nas brechas de espaço e tempo que cavava. Por intermédio de um jornalista publicou, em 1960, “Quarto de Despejo: diário de uma favelada”. Conceição Evaristo diz que Audálio Dantas, o jornalista, ao contrário da narrativa recorrente, não “descobriu” Carolina, mas que ela “se mostrou para ele”. A publicação foi um sucesso, era notável a elite ter o livro de uma favelada nas suas estantes — um artigo exótico, antropológico. “A Carolina era debochada, irônica e extremamente sarcástica, com um texto muito lírico, poético. Tem uma série de traços da escrita dela que fica apagado porque a gente trabalha sempre nessa órbita da favelada que escreve” (Miranda, 2020, apud Vasconcelos, 2020). Em um de seus versos, Carolina pede que não seja vista como “rebotinho”, ou como quem viveu às margens da vida.

Seus livros seguintes não interessaram ao público com a mesma gana. Após o enorme sucesso do primeiro, viveu um período de ostracismo literário, embora escrever fosse uma prática cotidiana, e nunca tenha parado. O apagamento de Carolina pode ser atribuído menos a qualidade de sua obra, do que às questões de raça e classe: aceita-se o exótico até certo ponto, há limites. “Falavam que eu tenho sorte, eu disse-lhes que eu tenho audácia’. Assim sentenciou Carolina diante dos falsos confetes que recebeu em vida. Ela sabia exatamente o que significava sua presença nos espaços citadinos e literários que frequentou” (Miranda, 2021, p.17). Além disso, as décadas de 1960-1970, compreendiam um tempo político no qual as condições sociais precárias da população não deveriam ter projeção. E sua narrativa vinha dessa experiência: Audálio, na apresentação de Quarto de Despejo, escreve que a Fome é tão grande e marcante em sua escrita, que se torna uma personagem com cores próprias. Segundo ele, a fome aparece com uma frequência irritante (Dantas, 1979). Posturas de reflexão e questionamento também não eram toleradas nos anos antes do golpe militar. “Um sapateiro perguntou-me se o meu livro é comunista. Respondi que é realista. Ele disse-me que não é aconselhável escrever a realidade” (Jesus, 1960/1979, p.96).

O livro “Diários de Bitita” é sobre sua infância e juventude em Sacramento/MG. Foi publicado na França depois de sua morte, e envolve controvérsias sobre os direitos dos originais, e excesso de correções gramaticais; a publicação que temos no Brasil foi traduzida do francês. Nesse livro, através de suas metáforas, colocações políticas e humor cortante, podemos encontrar sensíveis contribuições para pensar os estudos das subjetividades e o campo das políticas públicas:

A minha bisavó Maria Abdia dizia: — Os brancos de agora já estão ficando melhor para os pretos. Agora, eles atiram para amedrontá-los, antigamente atiravam para matá-los (...) Quando os pretos falavam: — Nós agora estamos em liberdade — eu pensava: “Mas que liberdade é esta se eles têm que correr das autoridades como se fossem culpados de crimes? Então o mundo já foi pior para os negros?”  
(Jesus, 1986, p. 56)

Acompanhando as andanças de Carolina, descritas por ela, em sua biografia e nas entrevistas de sua filha Vera Eunice, noto além de sofrimento e resiliência, uma “linha solta”. Dizemos informalmente, em algumas equipes de saúde mental, quando há dúvidas entre *neurose* e *psicose*, que há “uma inadequação”. Essa linha teria encontrado espaço em sua escrita, ou a escrita seria efeito dessa linha inquieta, dessa recusa em seguir por onde seria esperado, adequado? Com o risco de patologizar a complexidade do modo de Carolina estar na vida, também efeito dos

atravessamentos de sua negritude, herança pós-abolição, e gênero, costumo me perguntar se as coisas seriam diferentes para ela caso houvesse CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e CRAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social) naquela época. Típica cabeça de psicóloga. Por que não delirar mais, e imaginar como seriam as coisas sem escravidão, sem capitalismo?

Conhecendo os percalços de sua história, é difícil não especular que tenha sido mais do que uma crise de insuficiência respiratória que a matou aos 62 anos. Se a infância em Sacramento e a juventude na favela do Canindé foram repletas de provações, a conquistada casa de alvenaria, por sua vez, junto ao racismo da vizinhança, ao dinheiro que não suprime a condição da pobreza, o esquecimento após o sucesso meteórico, o silenciamento imposto ao seu desejo de continuar publicando — possivelmente deixaram marcas profundas. Acabo por pensar, com minhas limitações de psicóloga, como ela seria recebida nos serviços das políticas públicas, considerando que era desafortada e livre. Então, me dou conta de que existem muitas Carolinas no presente. Algumas chegam aos CAPS e aos CRAS, outras não. Como elas são recebidas? Dialogando com alguns contos de Diário de Bitita, escrevo-lhe uma carta ficcional a partir dessas questões:

Carolina,

Sabe aquela vez, após tantas peregrinações, que você encontrou um lugar para tratar das suas pernas inflamadas? Lá na casa de saúde das freiras. Mas você só descansava as pernas à noite, de dia havia as roupas de trinta asilados para lavar em retribuição a acolhida. Você não teve problemas para trabalhar, habituada desde criança, às vezes paga com alguns pacotes de arroz. Você não imagina o quanto sofremos por trabalhar de casa nessa pandemia da Covid-19. Somos cada vez mais explorados, vigiados, transformados em robôs. Mas nossos corpos não advinham as chagas do seu corpo preto, nascido apenas na segunda geração após a “abolição” da escravatura no Brasil.

Mas aqui eu entraria numa outra história... Aqui eu seria acusada de querer precarizar ainda mais o trabalho alheio, e ouviria que nosso inimigo é outro. Que estamos todos do mesmo lado enquanto trabalhadores: nós trabalhando de casa, protegidos do vírus biológico, do mesmo lado do camelô, da faxineira, do porteiro, do morador de rua... O que será que eles pensam sobre isso, Carolina? O camelô, a faxineira, o porteiro e o morador de rua. Existem grupos que são apaixonados por eles, mas não acreditam que sejam dotados da capacidade de pensar. Ou de pensar adequadamente. Querem usar sua imagem sofrida, suada – a cara do Brasil – mas com a boca fechada. Existe até partido político socialista que pegam mulheres pretas faveladas como você Carolina, para trazerem as ideias adequadas deles. Tudo muito bem escrito, articulado: a imagem

colorida e o discurso do partido. A gente não entende por que as pessoas (pobres) votam no Bolsonaro, Carolina, mas a gente não ouve, porque a nossa cabeça já está cheia de ideias. Nós, que já sabemos de tudo.

Mas, bem, o que queria te falar mesmo é desse momento que você encontrou a bondade das freiras e conseguiu moradia, trabalho e comida. Quem conhece a fome, dá outra importância para a comida. Para muitos trabalhadores da saúde isso às vezes escapa. Para alguns psicólogos parece que as pessoas não são feitas de corpos. Um corpo que come, sangra, tem feridas nas pernas – e não só na alma – um corpo que fede, grita. Comecei essa carta tão empolgada com o acontecimento de que depois de anos andando a pé pelas estradas de Minas Gerais você encontrou um lugar para tratar das feridas purulentas das suas pernas – que te roubaram a possibilidade de namorar, de ser bonita, de ter amigos, de ter saúde. E nem me apresentei.

Eu sou psicóloga, é tipo uma doutora das emoções; sou também uma dessas pessoas estudadas, com livros embaixo do braço, e que gosta de escrever. Mas não uma escritora corajosa igual a você, que teve a ousadia de escrever em qualquer lugar, e brigar para que suas palavras fossem para o mundo. Eu fico lamentando que não tenho tempo, nem inspiração para escrever uma coisa original. Entretanto, Carolina, as pessoas não zombam da minha escrita e nem ousam me mandar parar de escrever, como aquele jornalista que te “descobriu”. Talvez porque eu tenha os papéis dos diplomas. Talvez porque você e outras mulheres negras abriram o caminho para mim. Igual a você eu também defendo o direito de que todos possam estudar, mas não consigo ignorar o exército de diplomados inúteis... Os letrados também votam no Bolsonaro, Carolina.

Mas então, eu percebi que você tentou achar explicação do porquê foi embora do lugar que te acolheu, mesmo com o risco da miséria à espreita pelas estradas. Ninguém entende como se larga um teto e um Jesus assim. Sabe, eu acompanhei uma mulher na saúde mental, onde trabalhei como psicóloga. Ela era negra, de meia idade, luminosa, engraçada. Começou a beber na juventude, depois de perder um amor assassinado lá em Minas Gerais – sua conterrânea. Quando bebia acabava ficando suja e vagando pelas ruas. Depois pedia socorro na saúde mental e a gente tentava ajudá-la a voltar para a casa da filha.

A casa da filha era limpa, o genro estudado, a dispensa cheia. Quando ficava sóbria, ela virava faxineira, cozinheira e babá do neto que amava – mas que não a respeitava muito porque afinal de contas ela era uma bêbada. Ela contava pra gente que a filha não a deixava dançar, que cansava aquela vida quieta dentro de casa, que as vezes dava um estalo na cabeça dela, igual a um raio, e ela saía andando desembestada pela rua e se perdia de novo.

Conheci muitos andarilhos que descansavam vez em quando na saúde mental. Andavam o mundo. Não cabiam nas casas, no trabalho, nos limites da individualidade. Sabe Carolina, você foi

embora porque a freira vigiava quando você dançava com a vassoura na cozinha, e dizia que você levava mais jeito para dançar do que para limpar, não foi? Você descreveu o olhar frio daquela freira. Descreveu como carecia da sua liberdade. Você foi embora querendo dançar mais uma vez, não foi?

Às vezes, Carolina, os olhares dos profissionais das políticas públicas são iguais ao dessa freira. Olhos que dizem coisas muito diferentes das palavras que saem pela boca em voz alta, falando que estão ali para ajudar, para compreender. Olhos que julgam o que tem de mais vivo numa pessoa. Eu fiquei preocupada com o que aconteceria de mais privações na sua vida, quando fui lendo que você pegava a estrada a pé de volta. Mas fiquei aliviada por você se livrar da bondade daquelas freiras e do Jesus delas. A bondade também provoca feridas purulentas.

Niterói, Setembro de 2020

Questionar o desejo por CRAS ou CAPS, essa fé imediata na política pública, é interrogar a naturalidade dessa precisão de dispositivos de assistência e cuidado. Quem é a população que acessa, ou ao menos deveria acessar esses serviços, e quem é a população, em contrapartida, que os oferta? O CRAS é definido como a unidade pública descentralizada da política de assistência social, compondo a *proteção social básica* e funcionando como porta de entrada da assistência. Sua função principal é acompanhar indivíduos e famílias, promovendo o acesso a direitos e a serviços (também de outras políticas públicas). Tem como objetivos fortalecer vínculos familiares e comunitários, contribuir para a prevenção de situações de *risco social*, a superação de situações de *vulnerabilidade*, e para o desenvolvimento das “potencialidades” dos indivíduos (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009).

O CAPS é um dispositivo público da rede de atenção psicossocial, voltado para o acolhimento de pessoas em sofrimento psíquico grave e persistente. Pretende oferecer uma rede de cuidados substitutiva (e não complementar) aos hospitais psiquiátricos, capaz de respeitar a cidadania e o cuidado em liberdade. Estimula a integração social e familiar, apoiando os usuários em projetos de autonomia que lhes sejam possíveis. Além da atenção à crise, é um espaço de convivência e criação de redes de relações, incidindo sobre diversos território da vida cotidiana e promovendo a reabilitação psicossocial (Conselho Federal de Psicologia, 2013).

Apostamos na perspectiva de que tais redes são conquistas essenciais, que fazem frente ao modelo filantrópico assistencialista, bem como à institucionalização manicomial. Ao mesmo tempo, defendemos que sua existência só se justifica em sociedades como as nossas: que expropriam e violentam determinados corpos, e na insustentabilidade desse modelo, diante de seu

estrangulamento, fazem concessões às forças dissidentes que lutam por projetos de sociedade mais dignos. A política pública recolhendo os restos da violência da colonização e do sistema capitalista. Compreender a história dos movimentos coletivos e marcos institucionais que cavaram espaço de acesso a dignidade, a saúde, a preservação da vida, não nos isenta de investigar de que raízes se alimentam a construção dos universais dos direitos humanos, da saúde, da cidadania. *Prevenção de risco social e vulnerabilidades, desenvolvimento de potencialidades, integração social, reabilitação...* Para quem, por que e sob quais condições, cara pálida? Se outras Carolinas pedem passagem, com suas demandas em carne viva, nos interessa além de acolhê-las, pensar sobre o que tem sido ofertado e/ou reproduzido nas práticas desses dispositivos.

Esse trabalho compreende as políticas públicas como efeito de lutas coletivas por um projeto de sociedade menos excludente. Estratégias que investem na dimensão do cuidado e acesso a direitos, e que ao mesmo tempo são capturadas e burocratizadas em sua dimensão estatal e/ou de controle. É de dentro desse paradoxo que nos dispomos a pensar uma direção ética no encontro com uma população que, em uma sociedade como a nossa, necessita desses dispositivos. O que implica em problematizar conceitos, práticas, acontecimentos que povoam o cotidiano dos serviços das referidas políticas; buscando acessar as linhas de composição do que se apresenta como acabado e uniforme. Diante do receio que as forças de conservação têm de se deixarem problematizar — “tem um trabalho acontecendo”, “não é o momento para isso” — cabe dizer que problematizar-desconstruir é mais sobre fazer algo com nossos questionamentos, do que acomodá-los no lugar do julgamento. Embora criticar-destruir seja pertinente em diversas situações, há riscos de virar uma linha de abolição que nos paralisa. Propomos, em contrapartida, a construção de um olhar que interroga a naturalização do que é contingente, mas que também habita a imanência e por isso também constrói, se move.

Nos encontros que realizei enquanto tutora de turmas da atenção básica, para sua capacitação a respeito de questões de saúde mental e uso prejudicial de drogas (Caminhos do Cuidado), era recorrente que em um primeiro momento os alunos-trabalhadores externalizassem sua insatisfação com a capacitação. Não tenho certeza se era algo que a maioria das turmas do projeto verbalizavam, ou se isso era efeito do espaço que eu dispunha para ouvi-los e transformar a encomenda da gestão na viabilidade de trocas e aprendizado entre os trabalhadores. De todo modo, a insatisfação inicial das turmas se devia a terem outras demandas: falta de estrutura para trabalhar, falta de respeito das equipes (eram técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, os últimos na hierarquia em reconhecimento financeiro e autoridade); traziam relatos assustadores sobre a politicagem de cada município, suas condições de empregabilidade, e as faltas de toda



ordem nos territórios onde acompanhavam as pessoas. Para que pensar em usuários de drogas e em pessoas loucas se mal davam conta do público que já atendiam?

Pudemos chegar, algumas vezes, ao entendimento-aposta de que melhorar o acesso das pessoas aos serviços, reconhecer que aquilo que temiam já estava lá no território, já estava entre seus cadastrados da unidade de saúde, que havia algo a aprender com usuários de drogas e loucos, tornava o cotidiano de trabalho mais possível, trazendo novos elementos para continuar questionando e enfrentando os furos da estrutura. Esperar tudo se ajustar, em um futuro fora de alcance, para depois pensar nas demandas do território, não seria possível. Mesmo porque o território chegava antes, e se não chegava, a demanda reprimida dava mais trabalho depois, conforme ficava explícito nos relatos sobre casos que acompanhavam, e que não acompanhavam — mas em algum momento explodiam na sala de espera, ou em ofícios judiciais. Trocar a roda do carro com o carro andando, é assim que temos podido fazer no Brasil, não sei se há outro modo. Nesse mesmo sentido, a presente pesquisa se afasta de uma dicotomia mecanicista: As políticas públicas salvam e fazem o bem maior *versus* Morte ao Estado e a tudo que dele advém. E se aproxima de um modo de pensar as instituições, as práticas, a realidade, como um tensionamento entre o que está materializado e o que está em vias de se fazer:

A questão micropolítica – ou seja, a questão de uma analítica das formações do desejo no campo social – diz respeito ao modo como o nível das diferenças sociais mais amplas (que chamei de “molar”) se cruza com aquele que chamei de “molecular”. Entre esses dois níveis, não há uma oposição distintiva, que dependa de um princípio lógico de contradição. Parece difícil, mas é preciso simplesmente mudar de lógica. Na física quântica, por exemplo, foi necessário que um dia os físicos admitissem que a matéria é corpuscular e ondulatória, ao mesmo tempo. Da mesma forma, as lutas sociais são, ao mesmo tempo, molares e moleculares. (Guattari; Rolnik, 2007, p. 149)

A lógica de oposição que nos funda, herança de uma tradição *platônico-cartesiana*, tenderia a colocar assim a questão: a macropolítica diz respeito ao estatal, então temos as leis, a corrupção, os gestores, e os problemas estruturais de um lado. A micropolítica é o que conseguimos fazer apesar de tudo isso, é a boa vontade das equipes, o bom trabalho que operamos mesmo nas piores condições, é cada um fazer a sua parte. Logo, uma tese que objetiva tratar dos encontros entre equipes e usuários das políticas públicas deveria se debruçar sobre isso, porque não temos

ingerência sobre o que é da ordem macro. Entretanto, os autores com os quais dialogo afirmam o caráter macro e micropolítico das práticas. Essa história de cada um fazer a sua parte, o seu possível, a despeito da estrutura — que parece ser o mantra das equipes frente as sucessivas precarizações dos serviços — ignora em seu reducionismo que na intervenção mais individual de um psicólogo/técnico/especialista com seu paciente pode estar presente o Estado em sua dimensão de controle. Além disso, a dimensão macropolítica da vida é importante: considerando as circunstâncias sociais nas quais vivemos, sem regulação de financiamento não há medicação na farmácia do posto de saúde, sem sancionamento da lei não há desocupação de leitos psiquiátricos. Sem o sinal de trânsito, minha orientadora costuma dizer, você não atravessa a rua. Embora a regulação, a lei e o sinal não garantam sozinhos a efetivação das ações pretendidas.

A questão micropolítica enquanto uma analítica da produção do desejo no campo social, tal como posta por Guattari, se aproxima de conceitos da Análise Institucional. Esta cunhou outro conceito para *instituição* que não o sinônimo de estabelecimento, a definindo enquanto dinâmica sócio-histórica de produção e reprodução das práticas sociais. Nesta dinâmica sócio-histórica duas linhas principais se articulam: instituído e instituinte. Na primeira, repousam forças que já ganharam consistência e tendem a constante manutenção para permanecerem em determinado lugar. A segunda linha, abriga forças que entram em contradição com as estruturas já existentes. Essa dança é chamada de institucionalização, a luta permanente e contraditória entre o que existe tal como se apresenta, e movimentos de dissolução, mudança. O tempo é um elemento primordial nessa dinâmica: “tempo pode ser, por exemplo, dez anos para a institucionalização de crianças deficientes ou dois mil anos para a institucionalização da Igreja Católica” (Lourau, 1993, p.11). Lourau (1993) cita o Exército e a Igreja como exemplos de instituições aparentemente imóveis devido sua rigidez e questiona qual jogo de forças extremamente violento, e em movimento, não estará em ação para produzir tal imobilidade.

O apelo de adjetivar essas linhas é enorme: tomar o instituído como negativo, resíduo morto, e o instituinte como positiva oxigenação. Tal reducionismo subtrai a complexidade de tais movimentos em relação, uma força instituinte pode dar passagem a qualquer coisa. Aqui retomamos Deleuze e Parnet (1998) quando afirmam que a política é uma experimentação ativa porque não se sabe de antemão o que vai acontecer com uma linha. Lourau (1993) nos adverte a não nos limitarmos em ver apenas as grandes contradições (instituinte x instituído), mas estarmos atentos para a contradição no interior do instituído e, inclusive, do instituinte. “Por volta de 1968, tínhamos uma visão um tanto maniqueísta da instituição. O instituído era imóvel como a morte e sempre mau; o instituinte era vivo como um jovem, menino ou menina, e sempre muito bom. Teóricos como

Georges Lapassade e Felix Guattari foram, em parte, responsáveis por tal visão. Eu também tenho responsabilidade sobre isso” (1993, p. 12).

Imersos em um cenário político e econômico cada vez mais repressor e excludente, enquanto trabalhadores sociais sucumbimos as dicotomias de diferentes maneiras. Por exemplo, ao minimizar nossas ações mais refletidas e cuidadosas na impossibilidade de “dar conta” dos impasses do trabalho social, ou quando a saída encontrada para os problemas é se resignar a pura reprodução do que já existe. Busco trazer da saúde mental e da assistência social, a (re)invenção cotidiana de fazeres, aquilo que escapa ao controle, a potência de encontros. Sem ignorar, contudo, que há outras dimensões operando: uma máquina estatal, uma herança colonial. Longe de se restringirem a ideias abstratas, essas máquinas se atualizam na construção do cotidiano dos serviços, isto é, têm efeitos na vida das pessoas.

É uma tarefa para qualquer tempo equivocar o imaginário — não necessariamente verbalizado, mas devidamente enraizado nas práticas — de que trabalhar em uma política de saúde mental ou de assistência social equivale a fazer o Bem, logo poderíamos lançar mão de quaisquer meios, em nome de determinado fim. Enquanto escrevo toco na advertência de que trazer os problemas do trabalho social, implique em ceder espaço para o “inimigo” e seu desejo de desarticulação do que é público. Além da ameaça velada de ser rotulada como a trabalhadora idealista e insatisfeita. Felizmente estamos na universidade, ao menos no PPG/UFF, não para garantir um emprego, esconder o mal-estar e produzir números para gestores, mas para rachar os conceitos e as práticas.

## **1.2. “O Feitiço da Política Pública”<sup>3</sup>:**

A Constituição Federal de 1988 é um marco democrático importante para um país herdeiro de três séculos de escravidão, ditaduras, aberto desordenadamente ao modelo neoliberal de globalização e privatizações; conseqüentemente marcado por altos níveis de concentração de riqueza, produção sistemática de exploração, pobreza e miserabilidade. Efeito das lutas populares travadas durante a ditadura civil militar pela abertura democrática do país, estabeleceu a responsabilidade do Estado em desenvolver ações para garantir as *necessidades humanas básicas* dos cidadãos através da previdência (de caráter contributivo), da assistência dirigida à população sem meios de contribuir, e da saúde universal. Pedro Gabriel Delgado (2011, p. 115), militante da

---

<sup>3</sup> A expressão é retirada do livro “O feitiço da política pública – escola, sociedade civil e direitos da criança e do adolescente” (Scheinvar, Estela. Rio de Janeiro: Lamparina, 2009).

reforma psiquiátrica, afirma a respeito da constituição: “A proteção ao trabalho ampliou seus mecanismos jurídicos. Direitos sociais, como educação, moradia, cultura, lazer, foram incorporados ao ordenamento constitucional, em uma formulação que, mesmo imprecisa e incompleta, aspirava à construção de um estado de bem-estar social brasileiro”.

O movimento da Reforma Sanitária desde a década de 1970 sustentava a disputa por outro paradigma de saúde e de cidadania, propondo mudanças nos modelos de atenção e gestão das práticas de saúde, a defesa da saúde coletiva, a equidade na oferta dos serviços, e o protagonismo dos trabalhadores e usuários desses serviços nos processos de gestão e cuidado (Ministério da Saúde, 2005). Destaca-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, como um estratégico instrumento de articulação e pressão por condições dignas de saúde para a população, pautadas como um *direito universal* e dever do Estado, que vieram a constituir o SUS (Sistema Único de Saúde), em 1990.

Nesse período efervescente da militância por direitos, há a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), 1990, efeito dos enfrentamentos desde a década de 1980 em prol da proteção da criança e do adolescente — um dos atores dessa luta foi o Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua (MNMNR). No campo da assistência social, em 1993 foi aprovada a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), prevendo os *mínimos sociais*, para garantir as necessidades básicas de *qualquer* cidadão. É nesse cenário de lutas envolvendo setores heterogêneos da população que se constroem as políticas públicas: a sistematização de dispositivos para viabilizar o acesso a direitos, através da organização de mecanismos de financiamento, partilha de responsabilidades entre municípios, estados e federação.

## **Assistência Social:**

Ainda que inscrita no texto constitucional de 88 e instituída a aprovação da LOAS em 1993, tal como situa Diana Delgado (2018), foi um longo caminho para a concretização da assistência social de fato e de direito. “A assistência social no Brasil tem sua história originária na filantropia, nas boas ações religiosas, na repressão. Sua identificação como direito estatal ainda é um processo em construção, apesar da sua inclusão no conjunto da seguridade social por meio da Constituição de 1988” (Delgado; Senna, 2018, p.2). As autoras, que fazem uma leitura marxista dos processos de exclusão social, afirmam que a questão social é

a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de

intervenção, mais além da caridade e repressão. O estado passa a intervir diretamente nas relações entre o empresariado e a classe trabalhadora, estabelecendo não só uma regulamentação jurídica do mercado de trabalho, através da legislação social e trabalhistas específicas, mas gerindo a organização e a prestação de serviços sociais, como um novo tipo de enfrentamento da questão social (Iamamoto; Carvalho, 1983, p.77 apud Delgado; Senna, 2018, p.03)

Giselle Monnerat e Rosimary de Souza (2011) sublinham que a LOAS embora tenha permanecido por mais de uma década como uma carta de intenções e menos como um instrumento capaz de incidir na organização de serviços assistenciais, possibilitou um novo debate político no campo da assistência. Propôs mudanças estruturais e conceituais, e novas relações institucionais, afirmando o reconhecimento público da legitimidade das demandas sociais. “A população em situação de pobreza deixou de ser “assistida” ou “favorecida” para se tornar usuária ou beneficiária” (Monnerat; Souza, 2011, p.45). Em 2003, com o governo Lula, a agenda da pobreza e a discussão em torno das ações governamentais de reparação às históricas desigualdades sociais ocuparam lugar de destaque. Para as autoras, a elevação desta problemática ao rol das prioridades governamentais inaugura um novo sentido no campo da assistência social como política pública.

Destaque para a IV Conferência Nacional de Assistência Social realizada nesse mesmo ano, que define diretrizes objetivas para a assistência. Delgado (2018) sinaliza uma das propostas deliberadas na conferência em 2003, com relação ao financiamento, que até hoje não foi efetivada: a definição de um piso de 5% da arrecadação dos estados e municípios para financiamento da Assistência Social. “A questão do financiamento segue como um dos grandes desafios da política de assistência social (...) não ultrapassando a marca de 1,5% do Produto Interno Bruto. E desse montante, a maior parte é empregado para custeio dos programas de transferência monetária, como o Programa Bolsa Família e o Benefício de Prestação Continuada” (Delgado; Senna, 2018, p. 02).

A Política Nacional de Assistência Social (PNAS) é instituída em 2004, após a articulação e pressão de trabalhadores sociais (especialmente assistentes sociais) e gestores, atores da militância, universidades, e do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) — aliados à oportunidade de ascensão do partido de esquerda, que viabilizou os avanços desta política na primeira década dos anos 2000 (Delgado, 2018). Também em 2004, é institucionalizado o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), conferindo um novo estatuto à política assistencial, com reforço da perspectiva de profissionalização da área. “Isso significa que, pela primeira vez na história da constituição da seguridade no país, há um movimento concreto para

romper com o legado clientelista e assistencialista que marca esta área” (Monnerat; Souza, 2011, p.46). Um dos programas centrais do MDS focou na distribuição de renda — o Programa Bolsa Família, que apesar dos valores moderados por família, até hoje causa arroubos de ódio em parte da classe média e dos novos ricos, tal como podemos notar nos discursos contra o Partido dos Trabalhadores. “O campo da assistência social sempre foi uma área nebulosa da relação entre Estado e sociedade civil. Os conceitos de assistencialismo e clientelismo têm sido apontados como constitutivos de uma sociedade conservadora que, por muito tempo, considerou/considera a pobreza como um atributo individual daqueles que não se empenharam para superá-la” (Cruz; Graeschi, 2010, p.29).

Sistematiza-se, em 2005, a 1ª Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB-SUAS), responsável pela implantação descentralizada de benefícios e serviços para a população em vulnerabilidade social. A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOBRH/SUAS/2006) e a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais (2009) também são marcos normativos importantes para a materialização dos serviços assistenciais. Em 2011, a “Lei do SUAS” (nº 12.435) assegura a institucionalidade do sistema, garantindo o cofinanciamento federal por meio de transferência automática e o aprimoramento da gestão, serviços, programas e projetos de assistência social. No SUAS, os serviços são ofertados de forma continuada e se integram aos benefícios eventuais (exemplos: auxílio funeral, auxílio calamidade pública), benefícios continuados (benefício de prestação continuada-BPC), programas sociais como o Bolsa Família, e outros projetos (Fonseas, 2021). Os serviços são desenhados por níveis de complexidade:

- A **Proteção Social Básica** tem como público famílias em situação de vulnerabilidade social e/ou fragilização de vínculos familiares e de pertencimento social. Visa ações preventivas e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. É composta pelo CRAS, pelo benefício da prestação continuada (BPC) e pelos benefícios eventuais. Responsável por ofertar: Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF); Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV); Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas.

- A **Proteção Social Especial de Média Complexidade** tem como público famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, tais como adolescentes em conflito com a lei, população em situação de rua, situações de violação de direitos decorrentes de abandono, maus tratos físicos e/ou psíquicos, abuso e exploração sexual. Visa o acompanhamento especializado e a prevenção da institucionalização. Seus equipamentos são o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro-Pop). Responsável por ofertar: Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a

Famílias Indivíduos (PAEFI); Serviço Especializado em Abordagem Social; Serviço de proteção social a adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC); Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias; Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua.

- A **Proteção Social Especial de Alta Complexidade** tem como público famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, com violação de direitos e rompimento dos laços familiares. Visa a oferta de acolhimento institucional para interrupção das violações e resgate do convívio comunitário. Seus equipamentos são: Serviço de Acolhimento Institucional (em diferentes modalidades para crianças e adolescentes, adultos, idosos e famílias); Serviço de Acolhimento em República; Casa Lar; Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora; Serviço de proteção em situações de calamidades públicas e de emergências.

Em 2016, após o que consideramos um golpe de Estado, uma cena encoleriza os atores da política de assistência social. A então Primeira-Dama, Marcela Temer, apresenta publicamente o Programa Criança Feliz — vinculando-o a política de assistência social, atropelando as diretrizes do SUAS e evocando o passado recente do *primeiro damismo*. O programa objetiva estimular o desenvolvimento na primeira infância, justificando uma suposta ausência de programas nacionais com este objetivo. São contempladas gestantes, crianças de até três anos beneficiárias do Programa Bolsa Família e crianças de até seis anos participantes do BPC. Esse público-alvo deve receber visitas domiciliares semanais para que as equipes de visitantes (nesses termos) forneçam orientações sobre a infância, a fim de fortalecer os vínculos familiares e comunitários, bem como estimular o desenvolvimento infantil com informação e atividades lúdicas (Ministério do Desenvolvimento Social, 2018).

O mesmo governo que aprova em meio a efervescentes protestos populares a PEC246/55, apelidada pelos movimentos sociais de PEC do Fim do Mundo, instituindo o congelamento de gastos públicos pelo período de 20 anos, impondo uma realidade de austeridade a um contexto, já existente, de desemprego, aumento da pobreza, medidas prejudiciais a aposentadoria — ao mesmo tempo sustenta um discurso de que o problema da primeira infância é a falta de informação dos pais, que devem ser mantidos sob vigilância. Deborah Akerman (2018), trabalhadora do SUAS de Minas Gerais relata como a Frente Mineira em Defesa do SUAS e da Seguridade Social iniciou, com outras instituições, uma agenda de discussão sobre o programa, culminando em 2017 com a não adesão do estado de Minas. A Frente expõe que o Programa Criança Feliz reduz uma questão social complexa e ampla ao âmbito familiar, sendo além de reducionista, higienista, produtor da precarização do trabalho e da desresponsabilização do Estado pela oferta de serviços de assistência social: “Ao somar com uma forma de administração neoliberal a família burguesa torna-se modelo

de família e toda essa questão recai em cima da pobreza, estigmatizando as famílias pobres como aquelas que não sabem educar seus filhos” (Akerman, 2018, p. 03). Assistindo a antigos colegas de trabalho mencionarem com naturalidade o Programa Criança Feliz, assim como vamos naturalizando com o passar do tempo, por sobrevivência ou por osmose, um tanto de imposições, foi um alento ter notícias da experiência de Minas Gerais, que segundo Akerman (2018) envolveu coletivas de imprensa, notas de desagravo, programa de rádio e debates públicos, lembrando que há viabilidade de disputas nos cenários mais cínicos.

O lançamento do programa suscitou uma série de críticas, que foram expressas por várias instituições, por todo o Brasil que se organizaram nas Frentes em Defesa do SUAS e da Seguridade Social, apontando principalmente argumentos contrários ao higienismo, primeiro damismo, e concepção positivista de desenvolvimento Infantil que o programa expressa, além das perspectivas retrógradas de ofertas e gestão da política de assistência social que indicam superposição, segmentação e subsidiariedade da assistência social a outras políticas sociais. (Akerman, 2018, p. 01)

Em 2018 a estrutura da Assistência Social se alojava no Ministério do Desenvolvimento Social (MDS)<sup>4</sup>, nomenclatura resgatada por meio de medida provisória em 2017, depois do mesmo ser denominado Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário após o Golpe de 2016. O MDS coordenava em 2018 “o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Neste sentido, compete a ele, entre outras funções, o gerenciamento do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS) e do Fundo Nacional de Combate e Erradicação da Pobreza (FNCP)” (Delgado, 2018, p. 28). Em 2019, aprovou-se a sobreposição de vários ministérios sob o Ministério da Cidadania (MC): juntou-se o Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário, os extintos Ministérios da Cultura e do Esporte, o Ministério do Trabalho e o Ministério da Justiça. A

---

<sup>4</sup> O órgão responsável pela Assistência Social de 1975, antes de ser estruturada como política pública, até 2018, passou por 10 ministérios: Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS (1974), Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social – SINPAS (1977), Ministério da Habitação e do Bem-Estar Social (1989), Ministério do Bem-Estar Social (1993), Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS (1995), Ministério da Assistência Social (2003), Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS (2004), Ministério do Desenvolvimento Social – MDS (2013), Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário – MDSA (2016) e novamente MDS em 2017. (DELGADO, 2018). Não são apenas nomes diferentes, mas projetos distintos de gestão.



Assistência social ficando cada vez mais invisibilizada nesse guarda-chuva. Assistimos desde 2017, além dessa invisibilização e descaracterização, que defendemos ser um projeto, ao fenômeno que estudiosos da gestão da política de assistência chamam de desfinanciamento:

O desfinanciamento significa a retirada progressiva de recursos que seguiam uma série histórica de ampliação para manter a rede instalada. As análises comparadas dos orçamentos aprovados na Lei Orçamentária Anual – LOA, na esfera federal, relativos à destinação de recursos ordinários, visando o cofinanciamento de serviços, programas e projetos e benefícios, revelam uma queda progressiva, tanto na sua elaboração quanto nas transferências intergovernamentais, o que compromete a provisão de seguranças socioassistenciais continuadas, e contraria a previsão constitucional (...) Os gestores municipais de Assistência Social têm reportado aos gestores estaduais a redução em até 70%, nas primeiras parcelas de 2021, o que inviabiliza a manutenção da rede de serviços e equipamentos, e as respostas necessárias para as desproteções geradas pela pandemia de Covid19. Esta redução possui relação com a aplicação da Portaria nº 2362/19, que equaliza os recursos financeiros, considerando a disponibilidade orçamentária. (Fonseas, 2021, p.06)

Diana Delgado (2021) afirma em suas palestras que a assistência social é desfinanciada porque não existe uma defesa categórica dela, tal como defendemos outros direitos como saúde e educação. Com a pandemia percebemos que embora os equipamentos como CRAS, CREAS e Centro-Pop estivessem lotados para pedidos de benefício, orientação, informação, socorro, pouco se falava dos assistentes sociais e outros trabalhadores que não estivessem ligados a saúde, e isso não parece dizer respeito somente a existência biológica do vírus. O projeto de fragilização e desmonte dessa política ainda não instituída satisfatoriamente — e a quem interessa que a assistência social funcione? —, aponta para seu achatamento frente a programas e projetos com o teor do *Criança Feliz, Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa, Progredir* — programas que descaracterizam o SUAS como sistema, ignorando os serviços tipificados. Desinvestir dos serviços e financiar programas aleatórios de acordo com os governos vigentes desmantela a política pública.

Os serviços da assistência social em determinados municípios agonizam, na medida em que o cofinanciamento estatal é historicamente baixo, e os municípios não investem mais do que 1% na

política de assistência, como estipulado em lei, dependendo majoritariamente dos repasses do governo federal. O desfinanciamento precariza a rede, a abandona, e tal como Delgado (2021) explicita, o discurso de que o que é público não funciona, de que a assistência é ineficiente, justificará que se injete dinheiro no terceiro setor, na iniciativa privada, para uma suposta eficiência do sistema.

## **Saúde Mental:**

Com relação a política de saúde mental, Paulo Amarante e Mônica Nunes (2018, p. 2068) explicam que ela “tem relação direta com a *ideia-proposta-projeto-movimento-processo* da reforma sanitária e com a conjuntura da transição democrática e, conseqüentemente, com a construção do próprio estado democrático. Mas guardam algumas singularidades”. Os primeiros movimentos sistematizados de questionamento à assistência psiquiátrica manicomial brasileira surgem nos anos 1970, a partir das denúncias de profissionais recém-formados aos hospitais psiquiátricos, no contexto de um cenário de crítica internacional ao modelo asilar. O termo Reforma Psiquiátrica passou a ser utilizado na virada dos anos 1980-1990. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) é um dos principais atores coletivos desse processo, e de acordo com Amarante e Nunes (2018), com a entrada em cena dos próprios “loucos” e seus familiares, junto a outros ativistas dos direitos humanos, se transforma em Movimento da Luta Antimanicomial (MLA): “o campo da saúde mental passa a praticar uma radicalidade da proposta de participação social, muito além do formalmente previsto na legislação do SUS” (Delgado, 2018, p. 2069).

Até a sanção da Lei 10.216/2001, conhecida como lei da Reforma Psiquiátrica, são aproximadamente trinta anos fazendo frente a violência manicomial, através da mobilização de trabalhadores, visibilidade das vozes dos internos, disputas no campo legislativo, de conferências realizadas com ou sem respaldo dos governos, da ampliação do diálogo com a população, de experiências locais de desinstitucionalização — como é o caso da cidade de Santos que inaugura os NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) promovendo uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico. Na década de 90, com o compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas<sup>5</sup>, os movimentos sociais inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado<sup>6</sup>, conseguem

---

<sup>5</sup> Documento de Novembro de 1990 que firma um pacto entre os países da América Latina a fim de garantir reformas na atenção à saúde mental nas Américas.

<sup>6</sup> Projeto de Lei de 1989, de autoria do deputado Paulo Delgado (PT/MG). Propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005. Reforma Psiquiátrica e

aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. A experiência de Santos em 1989 com os NAPS que funcionavam 24 horas, cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações, foi emblemática para esse movimento, demonstrando que a Reforma Psiquiátrica não era uma questão retórica, mas possível e executável (Ministério da Saúde, 2005).

Ao contrário de intervenções anteriores no mesmo hospital ou em geral, no país, o desfecho não apontaria melhorias, mas a extinção do hospital, com consequente criação de uma rede denominada de substitutiva, composta não apenas de serviços descentralizados, distribuídos pelo território, mas também de dispositivos que pudessem contemplar outras dimensões e demandas da vida, tais como moradia, trabalho lazer, cultura, etc. Além da criação de cinco Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), foram abertas residências para egressos do hospital, uma cooperativa de trabalho, um projeto cultural de rádio, TV e teatro, além de vários outros programas intersetoriais com crianças e jovens, profissionais do sexo, redução de danos, violência doméstica, dentre outros. (Amarante; Nunes, 2018, p. 2071)

Assim vai se desenhando e ganhando consistência a política de saúde mental, se instituindo no Ministério da Saúde através de normas federais para regulamentar a implantação de serviços de atenção diária, e normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. Ainda não havia, contudo, uma política de financiamento para os CAPS/NAPS, nem para a redução de leitos nos manicômios. Em 2001, após doze anos de tramitação no Congresso, é aprovada a lei 10.216 que redireciona a assistência em saúde mental do modelo manicomial para serviços de base comunitária, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, institucionalizando o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Assim, a Política de Saúde Mental alinhada com as diretrizes da Reforma, materializa os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, e novos mecanismos são criados para a fiscalização, gestão e redução de leitos psiquiátricos no país (Ministério da Saúde, 2005).

Em 2011 institui-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), uma portaria controversa entre os atores da Reforma Psiquiátrica, retirando os CAPS como porta de entrada e principais

---

política de saúde mental no Brasil. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf). Acesso em: 19 jun. 2021.

articuladores do cuidado territorial em saúde mental, delegando a iniciativa para a Atenção Básica, através das unidades de saúde da família. A inclusão da loucura na cidade e a atenção integral à saúde vão na direção dos pressupostos da Reforma. Antonio Lancetti (2008) já afirmava a importância de um cuidado sem as marcas da especialização em saúde mental, apostando na potência da função dos agentes comunitários de saúde, entendendo que a socialização dos conhecimentos da estratégia em saúde da família teriam a potência de “arrancar os CAPS de sua reclusão tecnocrática e de sua tristeza burocrática” (Lancetti, 2008, p. 50). Ele relembra que a experiência de desconstrução manicomial ensinou a importância do fora, das bordas como espaço privilegiado de produção de subjetividade cidadã, e que “os trabalhadores de saúde mental deveriam sempre lembrar que a razão de sua existência é o manicômio” (Lancetti, 2008, p. 52).

Por outro lado, como pontua Julio Nicodemos (2020), nessa perspectiva os CAPS são tratados como meros dispositivos de suporte técnico especializado dentre os serviços existentes, quando desde a sua invenção na luta antimanicomial são o motor territorial da rede de atenção psicossocial. E alguns dispositivos da estratégia de saúde da família, como o apoiador matricial responsável por supervisionar os casos de saúde mental, operam uma postura na contramão do discurso da não especialidade, sendo aquele que sabe sobre saúde mental a partir de sua caixa de ferramentas. No território das drogadições, a figura dos *redutores de danos* também tem uma histórica construção que não equivale ao agente comunitário de saúde — ambas as funções são importantes, mas os redutores estão sendo apagados das políticas públicas do campo das drogas. Trata-se de uma discussão complexa e não generalista, posto que cada município, território, tem marcas particulares na implementação da atenção básica e da rede de saúde mental.

Em Niterói, a partir de uma experiência de maior tempo na saúde mental e uma experiência pontual com a atenção básica, me parece que os dispositivos da primeira precisam estar atentos para intensificar sua força instituinte e inventiva, a fim de não reproduzir o manicômio, o cuidado segregado, a psicologização dos aspectos sociais da loucura; e a atenção básica tem o que avançar a respeito da singularidade do sofrimento psíquico, na medida em que no dia-a-dia reproduz saberes protocolares, marcados pelo modelo biomédico. A questão dos supervisores em saúde mental da atenção básica em Niterói, o que equivaleria aos apoiadores matriciais, é uma questão muito particular e controversa. Fica a pergunta do porquê não é possível investir em ambas as direções, como se fosse proposital que as questões fossem colocadas em termos de disputa. Portarias, diretrizes, formulações de leis, envolvem relações de poder e de investimento financeiro.

Com relação a Atenção Residencial de Caráter Transitório, a mesma portaria RAPS autoriza a inclusão das Comunidades Terapêuticas na rede de atenção psicossocial. As define como serviço de saúde que oferta cuidados contínuos de caráter residencial transitório, por até nove meses, para

adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Para qualquer profissional de saúde que faça uma avaliação honesta e dentro da realidade do país, essa definição de comunidade terapêutica é um delírio. Em favor do cuidado em liberdade, o hospital psiquiátrico não é incluído na RAPS, mas inserem um dispositivo de internação do setor privado, a esmagadora maioria tendo procedência de correntes religiosas evangélicas e católicas, utilizando práticas que vão na contramão dos direitos humanos — “como afirmou o *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas* produzido pelo Conselho Federal de Psicologia no ano de 2011 ao realizar visitas técnicas em 68 unidades em diferentes estados do Brasil” (Nicodemos, 2020, p.63).

Em 2016, pós-Golpe, houve uma redução agressiva ao financiamento do sistema público de saúde. Nelson Cruz, Pedro Delgado e Renata Gonçalves (2020) analisam o conjunto de normativas, documentos públicos e dados do Ministério da Saúde, emitidos pelo governo federal entre 2016 e 2019 relativos à rede de saúde mental: “foram editados cerca de quinze documentos normativos, dentre portarias, resoluções, decretos e editais, que formam o que a nota técnica 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS veio a chamar de “Nova Política Nacional de Saúde Mental” (Brasil, 2019f, p.4). Essa ‘nova política’ se caracteriza pelo incentivo à internação psiquiátrica” (Cruz; Delgado; Gonçalves, 2020, p.2). Para os autores, trata-se de uma crise sem precedentes na história da reforma psiquiátrica na medida em que a “nova política” aumenta o financiamento de estruturas hospitalares/asilares e exerce o contingenciamento de recursos da atenção de base territorial.

“É algo paradoxal que, mesmo em face de uma diminuição de recursos drástica como a determinada pela EC 95, que ameaça a própria existência do SUS, existam recursos para financiar amplamente as comunidades terapêuticas e os hospitais psiquiátricos” (Cruz; Delgado; Gonçalves, 2020, p.9). Os autores chamam nossa atenção apontando que não foi *uma* nota técnica que promoveu as mudanças na política de saúde mental vigente, mas sim um conjunto de portarias, resoluções e editais que foram embasando uma nova diretriz que a princípio, entre dezembro de 2017 e a publicação da nota em 2019, falavam em fortalecimento da RAPS. A nota 11/2019, no entanto, gozando das medidas até então tomadas, e trazendo novas, muda de discurso e o governo bolsonarista escancara que “o Ministério da Saúde não considera mais serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza” (Nota Técnica 11 apud Cruz; Delgado; Gonçalves, 2020, p. 11). É um ataque frontal a Reforma Psiquiátrica, em continuidade aos ataques anteriores até então disfarçados de democráticos.

A Resolução nº 32, de dezembro de 2017, que falava no fortalecimento da RAPS traz em seu texto: • A manutenção de vagas em hospitais psiquiátricos, com aumento do valor das diárias, “o hospital psiquiátrico, que tinha como lógica da Reforma sua extinção gradativa, retorna com toda

força e dinheiro” (Flash, 2018, s/p, Observatório de Análise Política em Saúde). • Estímulo financeiro às enfermarias dos hospitais gerais com maior número de leitos psiquiátricos, “neste caso, na prática, é bem possível que tenhamos mini-hospícios em hospitais gerais (...) certamente vai gerar um grande incentivo à multiplicação das internações, diminuindo o investimento nas estratégias de reabilitação psicossocial desses sujeitos” (Flash, 2018, s/p, Observatório de Análise Política em Saúde). • Ampliação de Comunidades Terapêuticas credenciadas, de 4 mil para 20 mil, com maior aporte de recursos, com a ressalva de que deverão ser utilizados se os demais serviços falharem. “É importante apontar que estes ‘demais serviços’ de base comunitária estão sendo subfinanciados e desinvestidos! A internação nas diversas modalidades propostas – Hospital Psiquiátrico, Comunidades Terapêuticas e grandes enfermarias em Hospitais Gerais parece ser o novo carro-chefe da ‘nova-velha’ política de saúde mental proposta” (Flash, 2018, s/p, Observatório de Análise Política em Saúde).

A nova política de saúde mental, 2019, além de enfatizar que os serviços de base territorial não substituem o modelo hospitalar, e que os hospitais psiquiátricos não serão fechados, traz elementos como: • Eletroconvulsoterapia/eletrochoque como opção de tratamento. Considerando que essa prática não é proibida em casos específicos (o que é discutível na saúde mental), mas impedida como um instrumento de tortura, castigos, e uso indiscriminado em longa escala, cabe nos perguntarmos a intencionalidade da defesa do eletrochoque em uma resolução da política nacional de saúde mental, a quais interesses responde. • É favorável a internação psiquiátrica de crianças e adolescentes: “Não há qualquer impedimento legal para a internação de pacientes menores de idade (sic) em Enfermarias Psiquiátricas de Hospitais Gerais ou de Hospitais Psiquiátricos. A melhor prática indica a necessidade de que tais internações ocorram em Enfermarias Especializadas em Infância e Adolescência” (Brasil, 2019f, p. 24 apud Cruz; Delgado; Gonçalves, 2020, p. 11). • Separa ainda mais a já histórica fragmentação entre a política de drogas e a política de saúde mental. Para Delgado (2019) o retrocesso na política sobre drogas é um dos pontos mais catastróficos: “O paradigma dos direitos humanos, tolerância, combate ao estigma e redução de danos, na política de drogas, tornou-se, desde 2003, o desafio constante e cotidiano para todos os trabalhadores do campo da Reforma Psiquiátrica. (...) Esta aposta foi estrepitosamente derrotada, pela ideia quase delirante de confinamento de todos os “drogados” (Delgado, 2019 apud Cruz; Delgado; Gonçalves, 2020, p.12).

Cheguei no Hospital Juliano Moreira - BA, no final da década de 1980, inicialmente como estagiária de serviço social e depois como profissional concursada pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia -

SESAB e nos 12 anos que lá trabalhei pude presenciar o uso indiscriminado e pouco cuidadoso de práticas como eletrochoque e contenções físicas e medicamentosas, com intervenções punitivas e abusos de todas as ordens em relação aos direitos humanos. Não por acaso, quase 100% das pessoas ali internadas eram negras e advindas das áreas mais pobres da periferia de Salvador ou do interior do estado, lembrando-nos que o racismo e a desigualdade social estão na base deste modelo manicomial. Importante comentar que os ambulatórios, burocratizados, davam sustentação a este modelo, na medida em que mais destravavam, em todos os sentidos, do que tratavam, num processo que desconsiderava as especificidades e singularidades das situações e sofrimentos vividos". (Flach, 2018, s/p)<sup>7</sup>

Amarante (2018) ao se referir a resolução de 2017, publicada às vésperas do Natal, contrapõe a construção da política da Reforma Psiquiátrica — com participação de diversos atores sociais, no campo político-institucional fortemente presentes nos conselhos e conferências municipais, estaduais e nacional de Saúde — à imposição dessas resoluções feitas a portas fechadas, “sem cumprir a tradição prevista na cultura da participação social, do controle social, e a Constituição e as leis de regulamentação do SUS, que discutem as políticas de saúde e saúde mental” (Amarante, 2018, s/p)<sup>8</sup>. Ele observa que privilegiar o modelo manicomial representa possibilidades de mercado, o fortalecimento da indústria da doença e da indústria da loucura, representados pelos empresários do complexo hospitalar e da indústria farmacêutica. Ao que podemos somar os setores religiosos e a Associação Brasileira de Psiquiatria.

A Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) qualificou a referida nota como aética, ilegal e inconstitucional. Publica em texto coletivo que as conquistas da reforma psiquiátrica, um processo ainda em curso, foram marcadas por disputas, atravessadas por interesses distintos: corporativos, financeiros, partidários; mas que havia um norte ético jurídico-político-assistencial, expresso em Convenções Internacionais e marcos legais nacionais. “Propõe-se a ‘nova política de saúde mental’, apresentada e apoiada pelos grupos que jamais reconheceram a Reforma Psiquiátrica

---

<sup>7</sup> Fonte: Observatório de Análise Política em Saúde & Centro de Documentação Virtual. Boletim Projeto Análise de Políticas de Saúde no Brasil, 2018. Disponível em: <https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/boletins/edicoes/31/>. Acesso em: 10 mai. 2021.

<sup>8</sup> Idem.

brasileira. Evidentemente: uma volta dos que não foram” (ABRASME, 2018, s/p)<sup>9</sup>. Cruz, Delgado e Gonçalves (2020), avaliam a nova política de saúde mental, 2019, como a representação da antítese do referencial ético e técnico da Reforma Psiquiátrica brasileira, em seus 35 anos de existência. Ao ignorar instâncias legais como o CNS, as quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental realizadas (Brasil, 1988, 1992, 2002b, 2010), e toda a legislação nacional e internacional que ampara o modelo da reforma, afirmam que o que foi imposto como nova política de saúde mental não tem legitimidade social e política nem qualquer sustentação legal.

Em 2020 o governo Bolsonaro, através do Ministério da Saúde, munido de uma extensa lista de portarias e atos normativos, propôs a revogação de pontos da política de saúde mental que ainda sustentam a reforma psiquiátrica. Cláudia Collucci, pesquisadora da saúde e repórter da Folha de São Paulo, faz uma cobertura sobre essas propostas, ainda não escancaradas pelo ministério. Pedro Delgado (2021) relata em entrevista que tal ação destrutiva foi programada para a reunião ordinária da Comissão Intergestores Tripartite em 17/12/2020. “Diante da reação de várias instituições representativas do campo da saúde mental, o Ministério da Saúde retirou a proposta da pauta daquela reunião, mas prosseguiu seu intento, através das diversas medidas que continua a tomar para promover um retrocesso drástico na política de saúde mental do país” (Delgado, 2021, s/p)<sup>10</sup>.

As propostas mais alarmantes, de acordo com dados levantados por Collucci (2020)<sup>11</sup> e Delgado (2021), são:

- **Hospitais psiquiátricos:** revoga mecanismos de fiscalização e estímulo a redução dos leitos; extingue as equipes de desinstitucionalização, responsáveis pela materialização da transferência de internos de hospitais psiquiátricos para serviços comunitários.
- **CAPS:** perdem o papel de principal equipamento da atenção psicossocial, reduzidos a “serviços de reabilitação”; o atendimento psiquiátrico ficaria a cargo de outro equipamento, possivelmente ambulatórios de psiquiatria; propõe a extinção dos CAPS-ad, voltados aos usuários de álcool e drogas, e a criação de serviços específicos para pessoas com “dependência química”.
- Transferência dos **Serviços Residenciais Terapêuticos** e do **Programa De Volta para Casa (PVC)** do Ministério da Saúde para o Ministério da Cidadania, por não configurarem “serviços médicos”; as residências terapêuticas são moradias inseridas na comunidade, destinadas à reabilitação psicossocial de

---

<sup>9</sup> Idem.

<sup>10</sup> Fonte: SANTOS, João. Instituto Humanitas Unisinos, 2021. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/159-noticias/entrevistas/607098-pandemia-e-desmonte-de-politicas-de-saude-colocam-brasil-diante-da-escolha-devastacao-ou-solidariedade-economica-e-social-entrevista-especial-com-pedro-delgado>. Acesso em: 20 mai. 2021.

<sup>11</sup> COLLUCCI, Cláudia. Folha de S. Paulo, 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibriosaude/2020/12/governo-bolsonaro-quer-revogar-portarias-que-sustentam-politica-de-saude-mental.shtml>. Acesso em: 20 mai. 2021.



pacientes que não possuem suporte social e laços familiares; o PVC visa a reparação financeira para pacientes advindos de internação de longa permanência, objetivando sua reinserção comunitária. • **Internações involuntárias:** revoga a portaria que determina a comunicação de internações ao Ministério Público. • **Gestão e articulação da política de saúde mental:** dissolve instância que reúne os principais gestores da política de saúde mental do país. • Revoga composição do Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. • Revoga diretrizes sobre saúde mental indígena.

Delgado relata que esse “revogaço” foi elaborado pelo novo grupo dirigente bolsonarista-militarizado do Ministério da Saúde, assessorados pelo Conselho Federal de Medicina e pela Associação Brasileira de Psiquiatria. “Foi retomado o argumento canhestro da **Ciência versus Ideologia**, contraditoriamente proclamado pelos áulicos de um governo terraplanista, para afirmar que, doravante, iria imperar a Ciência no lugar da ideologia, em nome de uma nova política de saúde mental” (Delgado, 2021, s/p). Collucci (2020) declara que a ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria) elaborou um documento de base para as propostas de mudanças, enquanto nega que as propostas signifiquem um desmonte da política de saúde mental. O restante da matéria da jornalista, trazendo os argumentos do governo e sua nota divulgada após os protestos, é de surpreender até quem está imune ao cinismo do bolsonarismo e da ABP.

Antônio Geraldo da Silva, presidente da ABP, declara que as diretrizes para a nova política de saúde mental têm apoio do Conselho Federal de Medicina e da Associação Brasileira de Medicina, e que estão previstas em norma do Ministério da Saúde de 2017. "Precisam ser amplamente implementadas para que a desassistência aos pacientes com transtornos mentais, fruto de ideologias irresponsáveis, seja finalizada em nosso país". Sobre a resistência e oposições diz: “Parece que não querem que mude, que a coisa funcione. Querem continuar tendo 2.000 e tantos Caps, aí recebem um monte de dinheiro do ministério e não querem que testem se os serviços têm eficiência, eficácia. Lugar nenhum do mundo tem Caps.” Silva defende a criação de ambulatórios de saúde mental. “O que você faz no sistema privado? Você pega, liga, marca consulta e vai lá. Por que o sistema público não pode imitar o sistema privado?”. Diz ainda que "ninguém precisa passar um dia dentro de Caps". "Como é no meu consultório? Alguém passa o dia lá comigo? Não. A pessoa faz uma consulta e vai tocar a vida”.<sup>12</sup>

Se por um lado fica explícita a ascensão da classe médica-manicomial, disposta a se aliar a qualquer força que garanta seus interesses, por outro lado me pergunto se alguns colegas com quem trabalhei nas políticas públicas ao longo desses anos, não teriam um pensamento semelhante ao

---

<sup>12</sup> Idem.

presidente da ABP. E ainda, se os próprios familiares dos usuários dos CAPS não comemorariam o investimento nas instituições de reclusão, na medida em que o apoio dos CAPS cada vez mais sucateados, embora resistentes, para casos com atravessamentos sociais, econômicos, habitacionais, não consegue amparar as questões psicossociais, e como poderiam? Collucci (2020, s/p) relata que o CNS (Conselho Nacional de Saúde) publicou um manifesto repudiando as propostas. No documento, o conselho diz que a política nacional de saúde mental vem sofrendo ataques por meio do desmonte da RAPS e do fortalecimento de políticas segregadoras, marcadas pela ascensão das comunidades terapêuticas e financiamento público voltados à internação da população em situação de rua e de adolescentes.

O Ministério da Saúde, em nota, justifica-se citando o número excessivo de portarias para tratar da saúde mental, sugerindo que muitas estão obsoletas, o que confundiria gestores, dificultando o trabalho de monitoramento e consolidação da política. Diz ainda que o intuito da revisão é o de tornar a assistência à saúde mental mais acessível e resolutiva, diante dos indicadores negativos nessa área: elevação das taxas de suicídio, lesões autoprovocadas, o crescimento da população de rua com transtornos mentais graves, o aumento do uso de drogas e dependência química no país. Ou seja, atribuem os efeitos das políticas de austeridade e de morte, do desemprego, das péssimas condições de vida da população, à existência dos CAPS. Incluem na nota que está em fase de elaboração a criação de serviço telefônico para suporte em saúde mental (196) e capacitação de profissionais para atendimento nessa linha; treinamento de profissionais da atenção primária à saúde em consulta psiquiátrica; e capacitação de médicos e enfermeiros do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) para atendimento de urgência a doentes psiquiátricos. Além da sobreposição de serviços, que deixa nebulosa a questão dos repasses financeiros, é explícita a desqualificação de lutas históricas, pactos, leis; de um trabalho construído desde a década de 80, com os primeiros NAPS.

Delgado (2021, s/p) constata que “enquanto tivemos democracia no Brasil, até 2016, toda a controvérsia técnica, científica, gerencial, administrativa, ideológica, que existia em torno da política de saúde mental, era perfeitamente absorvida pelos mecanismos de pressões legítimas para produção de consenso”. Embora o jogo fosse pesado, ele entende que havia uma institucionalidade democrática, sendo possível enfrentar no dia a dia o desafio de assegurar o acesso ao tratamento adequado em saúde mental no SUS. Reforça que o Ministério da Saúde do revogação é o mesmo “do colapso de oxigênio em Manaus, da imposição do uso de cloroquina, da falta de vacinas e dos 250.000 brasileiros mortos pela Covid-19” (Delgado, 2021, s/p). Conclui a entrevista se referindo a força da rede psicossocial, que mesmo desfinanciada, sucateada, é para ele a fronteira viva da resistência contra o desmonte da saúde mental. Sublinha que em dezembro de 2019, foi criado o

coletivo **Frente Estamira de Caps – Resistência e Invenção**, que reúne trabalhadores, usuários e familiares de 188 CAPS do estado.

Os anos de 2020 e 2021 serão lembrados por gerações como os anos terríveis da morte, do luto, do medo, da irresponsabilidade dos governos, mas igualmente da empatia, resistência e ações solidárias das comunidades. Afirmo que hoje, especialmente com a situação de dismantelamento da saúde pública que vive o Brasil e o negacionismo genocida do governo federal (que não foi capaz sequer de prover oxigênio para os serviços de saúde de Manaus, e distribuiu medicamentos ineficazes para iludir a população), a principal luta política de todos os cidadãos responsáveis é vacina para todos, e a defesa do SUS. (Delgado, 2021, s/p)

## **Feitiço:**

Esse capítulo, que carrega o termo Macropolítica no título, busca situar a história institucional das disputas no campo da saúde e da assistência. Ainda que buscando trazer a face coletiva, heterogênea e instituinte dos movimentos, vivemos tempos difíceis de ameaças a uma democracia já frágil, e é por necessidade, e não particularmente por gosto, que nos referimos aos marcos legais. O paradoxo é que quando descansamos na conquista da Lei, esquecemos que a lei também é feita para nos matar. Nós não-brancos, pobres, loucos, errantes. Se defendemos a premissa de que o Estado que explora, saqueia e assassina com um braço, é o mesmo que estende o outro para reparar o irreparável, através de mecanismos de controle social, também levamos em consideração que “a ampliação do estado de direitos no Brasil (...) é um fato complexo por expressar a luta por direitos democráticos em um Estado opressivo e autoritário” (Scheinvar, 2009, p.26). O fato de governos com tendências neoliberais e/ou fascistas insistirem em desmontar as políticas públicas até sua quase extinção, demonstra sua importância para as classes populares. Em um momento político de explícitos retrocessos à direitos conquistados, fica à mostra quais segmentos populacionais saem mais prejudicados. Nesse sentido, esse texto se posiciona a favor do fortalecimento das políticas de saúde mental e assistência social, entendendo que fortalecimento é diferente de total concordância ou de estagnação.

Em sua tese de doutorado “O feitiço da política pública ou **como garante o Estado brasileiro a violação dos direitos da criança e do adolescente?**” (grifos nossos), depois

transformada em livro, Estela Scheinvar chama de feitiço o ocultamento das bases a partir das quais se leem os processos políticos, construtores de práticas. “Discursos, modos de pensar e viver que se instituem de forma dominante por meio de parâmetros de verdade, ocultando as condições históricas de sua produção (Scheinvar, 2009, p.34). Essa palavra que ela transforma em conceito é contextualizada em sua pesquisa como a transformação do contingente em transcendência. Feitiço, tal como o conceitua a autora, é um bom termo para designar o processo de crença absoluta no discurso da garantia de direitos civis pelo Estado: “Não fosse a corrupção tudo estaria funcionando bem”, “Se não fosse essa prefeitura, a política pública daria certo”, “Se o médico ganhasse melhor, ele cumpriria a carga horária”, “Se a psicóloga ganhasse bem, ela seria menos racista”.

Acreditamos, ainda que de dentro de uma sociedade capitalista, neoliberal, racista, genocida, que se o Estado funcionasse sem o desvio de verbas, garantiria para nós os valores burgueses de Igualdade e Liberdade, como se tais valores houvessem sido cunhados para toda a população, e não só para os donos da Propriedade. Enfeitiçados não acessamos a dimensão pública, coletiva, não institucionalizada, dos processos sociais. Imersos em um contexto no qual vivemos cotidianamente ameaçados de perder os acessos mais básicos, nos tornamos soldados defensores do estatal: “Ruim com ele, pior sem ele”. Nos escapa a leitura do que é o Estado, bem como as especificidades do Estado brasileiro, dito de bem-estar social e historicamente arreganhado às práticas neoliberais.

O Estado tem se tornado uma figura quase religiosa, portadora do “bem” ou do “mal”. Visto como um ente absoluto, cobra-se dele uma postura que em sua vida liberal não mostra ter assumido. É quase unânime a expectativa de que ele resolva os problemas relativos à desigualdade social e, simultaneamente, quase unanimemente, a frustração, dessa esperança perante a contundente arbitrariedade com que ele é gerido. O discurso político paternalista promete garantias políticas e sociais forjando um sentimento de esperança, ao passo que as práticas da política pública geram e reforçam a discriminação e a exclusão, presentes nos diferentes níveis das relações sociais, descreditando o discurso político. (Scheinvar, 2009, p.31)

No livro “Antes de nascer o mundo”, de Mia Couto, há um personagem africano que fugiu de sua cidade-aldeia para criar seus filhos longe da guerra civil, e de sua própria humanidade apodrecida. Podemos dizer que ele não estava enfeitiçado quando, em poucas palavras, definiu o que é essa instância transcendental pela qual nos apaixonamos, ou da qual nos ressentimos —

dedicando a vida a criticá-la, não nos dando conta de que se referir continuamente ao Estado, gastar tanto fôlego para atacá-lo, é repô-lo, reconhecê-lo a cada vez.

— Meu caro Silvestre: nós não somos donos.

— Não somos quê? Pois eu sou muito dono disto aqui, eu sou a única entidade vigente em toda esta paisagem.

— Não sei, não sei... Já viu bem que, se calhar, quem tem que sair daqui somos nós?

— Como é que é?

— As casas que ocupamos são propriedade do Estado.

— Qual Estado? Não vejo aqui nenhum Estado.

— O Estado nunca se vê, cunhado.

— Por essas e por outras é que eu me pirei desse mundo em que o Estado nunca se vê, mas aparece sempre a tirar-nos as nossas coisas.

— Pode vociferar, mas você está aqui indevidamente...

— Indevidamente é a puta que o pariu...

(Couto, 2009, p.128)

Scheinvar explicita que através de discursos paternalistas, morais, com promessas muito além de seu alcance — discursos contraditos historicamente pela gestão da política pública — o Estado brasileiro cria a ilusão do igualitarismo, ao mesmo tempo que as práticas violam os direitos firmados em lei. “Longe de garantir os compromissos assumidos perante a população quando traçadas políticas e lançadas campanhas ou programas, as práticas oficiais produzem a violação dos direitos sociais” (Scheinvar, 2009, p. 32). Para a autora, o campo social foi o que sentiu mais radicalmente as mudanças trazidas pela política neoliberal no final do século XX. Coimbra e Nascimento (2005) mostram a implantação gradativa do cenário neoliberal desde a década de 1980, com uma nova ordem mundial fortalecendo seus projetos de globalização do mercado, livre comércio, Estado mínimo, flexibilização do trabalho, desestatização da economia, competitividade e privatização. Com consequentes produções de insegurança, medo, pânico, articulados ao crescimento do desemprego, da exclusão, da pobreza e da miséria.

Observamos com Scheinvar como foram cuidadosamente construídos no referido cenário discursos, posteriormente naturalizados, sobre como administrar a pobreza, sobre participação social, gestão do público, comunidade, democracia — quando o que estava em jogo era o esvaziamento do público e uma lógica de privatização do social (ainda que por meio do estatal).

Com a autora percebemos o uso que se faz da instância “sociedade civil organizada”, que recebe a responsabilidade de tudo o que acontece, quando tradicionalmente é alijada dos processos de formulação ou processos decisórios: “desconsiderando o peso da tradição histórica da organização social no Brasil, que sempre esteve nas mãos da filantropia e dos setores economicamente dominantes. São os setores eclesiásticos, comerciais e empresariais os que têm tido a hegemonia dos movimentos sociais no Brasil” (2009, p.17).

Com os trabalhadores sociais o processo é semelhante, além de tudo o que são chamados a dar conta em um contexto precarizado de trabalho, também são culpabilizados pela própria precarização — muitas vezes sendo convocados a lutarem por seus direitos, através de uma militância pautada nas lutas dos séculos passados. Recai sobre eles a responsabilidade do mau funcionamento das políticas, quando concretamente não têm ingerência sobre as decisões que contam. Se você ganha mal, tem que correr atrás dos seus direitos — ao fim do expediente. Se o teto do serviço está caindo na sua cabeça, ou o calor é insalubre, você precisa ir à ouvidoria da prefeitura. Assim é repassado dos profissionais aos usuários: “Aqui não é lugar de falar disso! Use o espaço da Assembleia”, ou “Vocês precisam pensar nessas coisas na hora de votar”, ou “Tem que reclamar na Prefeitura, não aqui”. Como se falar de questões estruturais que agredem a vida, não fizesse parte do tratamento/acompanhamento.

Nas diretrizes das políticas de saúde mental e assistência social, aliás, diz-se que a cidadania é um elemento essencial — seja para investir na autonomia psíquica, seja para o enfrentamento das situações de pobreza. Mas o exercício da cidadania é lido por muitos técnicos no escopo da política representativa, reduzindo-se a “votar consciente” ou tentar falar com o Prefeito. Assim, Ouvidoria, Eleições, Direitos, Voto, Mobilização, são palavras que vão flutuando no vazio de corpos embrutecidos pela exploração do capital, de gerações fabricadas na lógica de esvaziamento do espaço público e da privatização de mazelas coletivas. Meritocracia, Competência Profissional, Adaptabilidade, Esforço, Produtividade, são ideais que vão sendo injetados em cada um, enquanto a máquina continua a se mover atropelando profissionais e usuários.

Considero que uma das facetas estratégicas do feitiço, seja a camuflagem das violências cometidas pelo Estado. Tão banalizadas e bem diluídas em seus dispositivos, que são quase protocolares. Que serviços de saúde mental sejam necessários — ao menos em um tipo de sociedade que para funcionar precisa exercer algum controle sobre as diferenças e as dissidências — não significa que sejamos dotados do sagrado direito de reproduzir violências contra a população que nos procura. Insisto nesse ponto porque o entendimento que temos de violência é sinônimo de agressões corporais, ações barulhentas, explícitas, e essa concepção ignora uma série de procedimentos sutis que vão se tornando toleráveis. Para Scheinvar (2009, p.25), se há um discurso

oficial conferindo direitos em uma sociedade em que a ação oficial é caracterizada pela violação dos direitos, cabe deter-se nessa produção de paradoxos que legitima tais violações. Não no sentido de revelar verdades, apontar dedos, mas de contribuir para um exercício de desnaturalização. “Rastrear as pontes — de tal maneira naturais que se tornam por vezes invisíveis, embora sempre muito bem erigidas” (Scheinvar, 2009, p.27).

Passamos a interrogar a produção do mito do Estado Democrático de Direito, onde as noções de público e comum aparecem naturalmente associadas às ações do Estado: o que se entende por Estado Democrático de Direito em termos de práticas e implementação de políticas públicas? Estatal é necessariamente público? (Monteiro; Coimbra; Mendonça Filho, 2006, p.10)

Foucault, através do conceito de *governamentalidade*, traz a dimensão do governo capilarizada em todo o corpo social, a despeito da instância estatal, ultrapassando as engrenagens que permanecem visíveis (o prédio, a Lei, O Governante). O autor descortina o caráter de controle e dominação sutis nesse modo de governo da população, enfatizando o papel das ciências humanas como mecanismo disciplinar fundamental de produção e captura dos indivíduos. Esse diagrama de poder, que exploraremos mais adiante, também é por onde entendo que a ideia de um Estado democrático de Direito como marco civilizatório, intenção de igualdade entre os homens, como uma racionalidade estabelecida, seja uma ficção.

Antes de adentrar esses conceitos, que fundamentam esse capítulo, compartilho os apontamentos de uma colega do grupo de orientação coletiva após ler uma das primeiras escritas dessa pesquisa, discutida no coletivo com a orientadora. Naquela ocasião, trazia muito o sistema capitalista em minhas análises, mas obliterando um dos principais acontecimentos que o viabilizou e o sustenta até hoje: a colonização dos povos africanos e ameríndios. Silvia Federici (2017) acrescentaria: a domesticação e a degradação das mulheres. Minha colega, assim como Federici e alguns autores *decoloniais*, reacendem incômodos que eu carregava há muito na lida com o campo das políticas públicas, nomeando outras linhas desse mal-estar:

Estado é a máquina que perpetua o sistema colonial. Trabalhadores estão ali para administrar o embate entre a população e a elite, gerir as desigualdades, minimizar as possibilidades de insurgência. Isso herdamos dos países do Norte. Os governos coloniais se tornam

política pública na República. Relatórios, estatísticas e teses fazem as vezes de relatórios coloniais. Ainda assim acredito ser possível remar contra a maré e subverter no cotidiano do trabalho. Não sem ser polícia, vez por outra. Talvez traga algum alívio pensar no tempo histórico, pensar que essa população atendida no CAPS-ad chega ao Brasil escravizada, que não vivemos o pior retrocesso social da história, mas apenas um deles. Que a história política e social nesse país tem sido escrita assim, na luta pela partilha das riquezas da elite colonial, que trama sempre mecanismos para se perpetuar no poder. Nossa vida e nossas possibilidades equivalem a um minuto nesse tempo histórico. Nem por isso nossa ação é indiferente. Tomamos parte em uma batalha, mas certamente não veremos o final da guerra. A questão das políticas que não se efetivam, dos usuários que não se sensibilizam – isso é histórico. Pensar a relação da população mais pobre com as políticas públicas, como surge a saúde coletiva e outros campos – Foucault, Donzelot. Importamos as políticas públicas com seu caráter policialesco. São uma forma de gerir os pobres. Como isso funcionaria se os trabalhadores não fossem levados a acreditar que estão lá para fazer o bem aos usuários? Isso se efetiva? Raramente. Como ainda acreditamos? Feitiçarias das políticas públicas. Nós nos enganamos, mas os usuários não. Eles fazem o uso que lhes parece mais seguro e conveniente do serviço e se protegem dos seus perigos. (Viviane Pereira, 2018)

### **1.3. A Ratoeira Estatal:**

Ao historicizar a questão do “Governo”, Foucault (2011) analisa os tratados que desde a Antiguidade e a Idade Média apresentavam conselhos ao príncipe sobre como se comportar, exercer o poder, ser aceito e respeitado pelos súditos, obedecer a Deus, introduzir entre os homens a lei de Deus, etc. Nesse contexto, o poder de governar se constituía centralizado na figura do soberano, sendo sua maior preocupação de base territorial, voltado para a apreensão dos corpos, do tempo, e em última instância do direito sobre a vida e a morte dos súditos. Entre o século XVI e o final do



século XVIII, ele percebe o desenvolvimento de uma série de tratados cujas preocupações de governo mudam, inaugurando uma “arte de governar”.

Diferente de conselhos dirigidos a um governante absoluto, o problema de como governar aparece vinculado a uma multiplicidade de questões: o governo de si, das almas, condutas, das crianças; como se governar, ser governado, como fazer para ser o melhor governante possível. O cenário para emergir este tipo de preocupação inédita, segundo o autor, situa-se no cruzamento de dois acontecimentos principais: os processos de declínio da estrutura feudal, desdobrando-se na instauração dos grandes Estados territoriais, administrativos, coloniais (movimento de concentração estatal), e as crises na ordem política religiosa que resultam na Reforma, posteriormente na Contra-Reforma, gerando grande dispersão e dissidências. Na convergência desses movimentos se coloca o problema de como ser governado, por quem, até que ponto, com que objetivo, com qual método.

Frente a essa problemática geral do governo, Foucault se interessa pelo que se entende por governo do Estado, isto é, o governo em sua forma política. Assim, pesquisa a extensa literatura que entre os séculos XVI e XVIII faz oposição ao texto do “Príncipe” de Maquiavel. Este texto é um tratado de habilidade para o príncipe conservar seu principado, isto que essa literatura de oposição quer substituir por uma arte de governar. As diferenças principais que ela vai traçar entre uma coisa e outra, trazendo um retrato negativo de Maquiavel, são: • O príncipe maquiavélico está em posição de exterioridade em relação ao seu principado, os laços que os unem são de violência (conquista) ou tradição (herança), “na medida em que é uma relação de exterioridade, ela é frágil e estará sempre ameaçada pelos inimigos do príncipe que querem conquistar ou reconquistar seu principado” (Foucault, 2011, p. 279). O que está em jogo então não é o conjunto constituído pelos súditos e o território, mas a relação do príncipe com o que ele possui, “ser hábil em conservar seu principado não é de modo algum possuir a arte de governar” (2011, p. 280).

• O príncipe é único, singular e transcendente em relação ao principado. Em uma arte de governar as práticas são múltiplas, embora dentro de um Estado ou da sociedade, o governante é uma modalidade, pois muita gente pode governar (o pai à família, o padre as almas, o pedagogo as crianças, etc.). A doutrina do príncipe marca incessantemente uma descontinuidade entre seu poder soberano e outras formas de poder. A arte de governar postula uma continuidade ascendente e descendente entre diferentes tipos de governo: Aquele que quer poder governar o Estado deve primeiro saber governar a si, sua família e seus bens. Quando o Estado é bem governado, o pai saberá conduzir sua família e seus bens. Enquanto o príncipe de Maquiavel não deve quaisquer explicações, pois seu poder é absoluto.

• No Príncipe, é sobre o território e seus habitantes que se exerce o poder, este é o fundamento de sua soberania. O território pode ser fértil ou estéril, a população densa ou escassa, os

habitantes ricos ou pobres, ativos ou preguiçosos. Na arte de governar, governa-se homens e “coisas”, isto é, as relações dos homens com as riquezas, os recursos, os meios de subsistência, o território e suas fronteiras, clima, seca, fertilidade; hábitos, costumes, formas de agir e pensar, o que é radicalmente diferente de exercer o poder apenas sobre uma extensão espacial.

- A finalidade da soberania é circular, remetendo-se a si própria: o bem é a obediência da lei, seja do soberano terreno ou do soberano absoluto, Deus. Enquanto governar trata de uma série de finalidades específicas, que são o próprio objetivo do governo. “Na perspectiva do governo, a lei não é certamente o instrumento principal” (Foucault, 2011, p. 284), ou seja, a questão não é impor uma lei aos homens, mas utilizar mais táticas do que leis para que determinados fins possam ser atingidos. A arte de governar deve responder essencialmente a questão de como introduzir a economia — maneira de gerir corretamente os indivíduos, os bens, as riquezas no interior da família (era esse o sentido de economia entre os séculos XVI e XVIII) — ao nível da gestão de um Estado. Governar um Estado significará ter em relação aos habitantes, às riquezas, aos comportamentos individuais e coletivos, uma forma de controle tão atenta quanto um pai a sua família.

- Ao contrário do Príncipe que faz valer seu poder pela espada, pelo suplício que impõe, pelo direito de fazer morrer ou deixar viver, o governante deveria ser sábio e diligente. Conhecer os objetivos que quer atingir, combater a cólera, não matar. Merecer o lugar que ocupa e estar a serviço dos governados.

Essa arte de governar, segundo Foucault (2011), não ficou presa aos textos de política, mas teve efeitos na vida prática. Serviu ao desenvolvimento do aparelho administrativo da monarquia territorial, está conectada ao aparecimento da estatística como ciência de Estado, e serviu ao Mercantilismo. O problema apontado por Foucault: a arte de governar fundou-se na forma geral da soberania (quadro vasto, abstrato, rígido), e apoiou-se no modelo da família (modelo estreito, débil, inconsistente). Não encontrou sua dimensão própria. “A arte de governar só podia se desenvolver, se pensar, multiplicar suas dimensões em períodos de expansão, e não em momentos de grandes urgências militares, políticas e econômicas, que não cessaram de assediar o século XVII” (2011, p. 286). Na segunda metade do século XVIII, a família como modelo de governo vai desaparecer face a emergência de uma nova inteligibilidade dos súditos: a população. A família se tornará um elemento no interior da população e seu instrumento fundamental. Características da população: inteligível, específica, calculável. “Uma população ingovernável adquiria uma forma que podia ser utilizada em argumentos políticos e em decisões administrativas” (Rose, 1998, p. 37). A população aparece como um sujeito de necessidades, de aspirações, mas também como objeto nas mãos do governo.

Para Foucault (2011) nunca a *disciplina* foi tão importante, tão valorizada, quanto a partir do momento em que se procurou gerir a população. Gerir não simplesmente a massa coletiva dos fenômenos em nível de seus resultados gerais, mas gerir em profundidade, minuciosamente, no detalhe. Da perda de sentido de um poder soberano, das modulações de uma arte de governar no século XVII, se configurou o que o autor chamou de governamentalidade. Este conceito significa, em resumo, “o conjunto constituído pelas instituições, procedimentos, análises e reflexões, cálculos e táticas que permitem exercer esta forma bastante específica e complexa de poder, que tem por alvo a população” (Foucault, 2011, p. 291). De acordo com Nikolas Rose (1998) as questões inauguradas pela governamentalidade delimitam o território sobre o qual as ciências psicológicas e seus sistemas conceituais, invenções técnicas, especialismos, passam a exercer um papel chave.

Foucault (2011) orienta que não devemos pensar as coisas como a substituição de uma sociedade de soberania, para uma disciplinar até chegar a uma sociedade de governo, mas que poder soberano, disciplina e gestão governamental são pontas de um triângulo que têm na população seu alvo principal. No contexto brasileiro, a soberania não deixou de existir, e não chegamos a experimentar um modo de governo cuja preocupação principal fosse a expansão e a qualidade da vida das pessoas. A formação de nosso Estado é intrínseca a sua subjugação pelos países do Norte. Esses enquanto se atentavam ao bem-estar de sua população — investindo mais no controle sobre a vida do que em matar — nos usaram, e ainda usam, como sustentação. Boa parte do esgoto do capitalismo dos países ditos civilizados escoam para cá: desde os agrotóxicos venenosos proibidos lá fora, que são vendidos para nós, a outras toxidades que contaminam o meio ambiente; das fábricas que exigem mão-de-obra “desqualificada” com pouca ou nenhuma regulação trabalhista, a matéria prima que sempre fomos abundantes; até o turismo sexual com meninas menores de idade, para citar alguns exemplos.

Achille Mbembe (2016) amplia os estudos foucaultianos para pensar as formas contemporâneas de subjugação da vida através de redes de poder que não têm como território de intervenção a vida, mas a possibilidade de matar. Propõe a noção de *necropolítica* para descrever o interesse da destruição máxima de pessoas e da criação de “mundos de morte”. Se aproximando da ideia de Estado de Exceção o autor não utiliza o modelo do nazismo, totalitarismo e dos campos de concentração/extermínio para descrever esse estado de terror. Mas recorre aos contextos pós-coloniais de Áfricas, aos processos de colonização, neocolonização, e as heranças coloniais que ainda imperam, por exemplo, no Brasil. Mbembe trata de territórios que são zonas de guerra, como a Palestina, da invisibilidade das mortes nessas zonas de neocolonização; cita o homem-bomba, os exércitos privados, as milícias, toda uma maquinaria que torna matáveis vidas que passam a importar nada ou muito pouco.

O terror é uma característica que define tanto os Estados escravistas quanto os regimes coloniais tardo-modernos. Ambos os regimes são também instâncias e experiências específicas de ausência de liberdade. Viver sob a ocupação tardo-moderna é experimentar uma condição permanente de “estar na dor”: estruturas fortificadas, postos militares e bloqueios de estradas em todo lugar; construções que trazem à tona memórias dolorosas de humilhação, interrogatórios e espancamentos; toques de recolher que aprisionam centenas de milhares de pessoas em suas casas apertadas todas as noites desde o anoitecer ao amanhecer; soldados patrulhando as ruas escuras, assustados pelas próprias sombras; crianças cegadas por balas de borracha; pais humilhados e espancados na frente de suas famílias... (Mbembe, 2016, p.146)

De acordo com Fátima Lima (2018), no Brasil o poder necropolítico está presente no sistema carcerário, na população em situação de rua, nos apartheid urbanos nas grandes e pequenas cidades, no genocídio dos jovens negros, na eclosão dos grupos de justiceiros, nos hospitais psiquiátricos, nas filas das defensorias públicas, nas urgências e emergências hospitalares, entre tantos outros lugares. Para a autora, Mbembe alarga as reflexões foucaultianas de que o poder se situa e é exercido no nível da vida, demonstrando que é exercido também na possibilidade de matabilidade e na ideia de que qualquer um pode ser soberano e decidir pela morte do outro. Ela acrescenta que tal conceito não visa nos paralisar diante da morte, mas nos posicionar sob e sobre o que tem sido designado como a vida, “ao menos com o que podemos construir como possibilidades de vidas a partir das ruínas do humanismo como paradigma da modernidade” (Lima, 2018, p.30).

Guardadas as especificidades que cada contexto territorial possui, podemos considerar a partir do conceito de governamentalidade, que essa figura quase totêmica do Estado sobre a qual projetamos um poder absoluto, e que de fato se intitula como seu representante, é um dos elementos que compõe uma multiplicidade de práticas de governo capilarizadas no tecido social, governando não uma massa informe, mas cada detalhe daquilo que nos constitui enquanto indivíduos.

Não se pode falar do Estado-coisa como se fosse um ser que se desenvolve a partir de si mesmo e que se impõe por uma mecânica espontânea, como que automática aos indivíduos. O Estado é uma prática. O Estado não pode ser dissociado do conjunto de práticas que fizeram efetivamente que ele se tornasse uma maneira de governar,

uma maneira de agir, uma maneira também de se relacionar com o governo. (Foucault, 2008, p.369)

Para Regina Benevides e Eduardo Passos (2005), nessa leitura foucaultiana, embora o Estado não detenha a primazia de foco ou de centro do poder, permanece como um dos pontos de referência na constituição da governamentalidade, e a complexidade de suas engrenagens faz de seu interior um mundo que tende a nos atrair e capturar. “Percebíamos que o Estado, embora não sendo a fonte de onde emanam as linhas de capilarização do poder, tende a absorvê-las, interiorizando-as.” (Benevides; Passos, 2005, p.566).

Considerando nosso histórico de pouca convivência com a democracia, em decorrência principalmente de uma sangrenta herança colonial, um estatuto de “independência” decretado por um soberano que continuou ocupando o poder, e das ditaduras militares, podemos compreender por que a luta pelas liberdades se fez tendo como meta o alcance de um Estado Democrático de Direito. O período que antecede a conquista da Constituição de 88, é marcado por frentes de resistência de diferentes movimentos sociais contra a ditadura civil militar. Segundo Coimbra, Mendonça Filho e Monteiro (2006), pesquisando Eder Sader (1992), eles vêm no bojo de três grandes frentes de luta: a Igreja, com a Teologia de Libertação, que implementa as comunidades eclesiais de base; as organizações de trabalhadores da saúde, educação, associações de bairros, movimentos feministas, negros, gays, etc.; e o sindicalismo, com as comissões de fábricas, movimentos grevistas, que culminaram com a criação do Partido dos Trabalhadores.

Entendo essa dimensão de resistência à ditadura no Brasil como a efervescência de movimentos heterogêneos, populares, coletivos, com grande força de contestação e invenção, que em seus modos de se organizar tendiam a ser capturados pela lógica representativa que rege nosso modelo de pensar e agir, no sentido de enxergar na macropolítica a única forma de legitimidade das lutas. “Esta via aparecia como única possibilidade de enfrentamento dos poderes estabelecidos naquele momento. Não se percebeu que, neste mesmo período, novos modos de dominação global se impunham numa versão mais sutil: a ditadura de mercado”. (Coimbra, Mendonça Filho e Monteiro, 2006, p.10). Para esses autores, a lógica da representação partidária vai sendo privilegiada visando alcançar um lugar de poder que se acreditava estar localizado no Estado.

Há aí uma ilusão de que se possa possuir o poder de Estado para usá-lo de uma outra maneira. Persiste aí a ideia de representação: vanguardas, salvadores, pastores identificados com a causa do bem maior, porque oriundos do lugar de dominados. O que fica obliterado

por este esquema de entendimento é a ideia de que um lugar de poder instituído, como o aparelho de Estado, funciona segundo certas lógicas, e que **“ocupá-lo” é, na maior parte das vezes, servi-lo na condição de operador de seus dispositivos e, nesta condição, o operador não muda a máquina, ele a faz funcionar.** Experimentando a impossibilidade de transformar o funcionamento das máquinas estatais capitalísticas, mantém-se a crença na possibilidade de reformas através de intervenções nas formulações e implementações de políticas públicas vinculadas ao Estado. (Coimbra, Mendonça Filho e Monteiro, 2006, p.11, grifos nossos)

Lacaz (2018), autora que pesquisa o apaixonamento das esquerdas brasileiras pelo Estado, traz Casanova (2002) para refletir sobre a restrita definição de democracia que carregamos, efeito do entusiasmo colossal que esta desperta no continente latino-americano. Percebem o reducionismo da democracia ao processo eleitoral, no qual historicamente se deposita toda a aposta por mudanças sociais. “As eleições são democráticas apenas na medida em que permitem assegurar não uma participação das pessoas no governo, mas uma determinada adesão a este por meio da ilusão de o terem escolhido até certo ponto” (Comitê Invisível, 2015, p. 82 apud Lacaz, 2018, p.67). Para os autores, ao analisar qualquer democracia, é necessário se perguntar como anda a repressão, não só a que se exerce fisicamente contra as pessoas com perseguições, prisões, desaparecimentos e crimes.

No ano que pedi demissão da rede de saúde mental de Niterói, recordo de uma reunião de equipe no ambulatório em que a supervisora indagava como tinha sido uma roda de conversa que organizamos com a então coordenadora de saúde mental para esclarecer aos usuários do serviço sobre as mudanças que ocorreriam após a aprovação do processo seletivo simplificado — uma das respostas as nossas manifestações pedindo concurso público, melhores condições de trabalho e de estrutura para os usuários nos serviços. Inicialmente a resposta para a supervisora foi aquele silêncio usual, que quem está em cargos hierarquizados nas equipes parece não conseguir compreender. De maneira geral, falar em uma reunião de trabalho é se implicar, se expor, e pressupõe dominar o código vigente para ser minimamente escutado. Os conflitos que falar pode acionar, ameaçam a ordem sutilmente colocada nas instituições que acreditam que para seu bom funcionamento é imprescindível que cada um saiba qual é o seu lugar. E então perguntam às pessoas que estão cansadas, putas, insatisfeitas: “Por que vocês estão tão silenciosos?”.

Nessa reunião quebrei o silêncio buscando transmitir o vazio da nossa roda de conversa, na medida em que as autoridades vão com um discurso pronto garantir que tudo ficará bem para os

usuários. O que não podem responder, quando há uma pergunta que desestabiliza, delegam a Prefeitura, a uma reunião que vai acontecer no futuro, a uma questão burocrática de lei que não é da seara técnica da coordenação, etc. Andava com tanta raiva das respostas institucionais que disse entre dentes: “A democracia é isso”. A supervisora me pediu para repetir. “A democracia é isso, cada um falou o que achava. Ela não falou nada com nada. E nada mudou”. Então recebi uma intervenção, bastante apropriada, sobre não podermos falar levemente da democracia, esta que está sempre ameaçada. Minha supervisora era uma dessas psicanalistas que militaram pelas políticas públicas, que tinha relação de parceria, estudos e amizade com pessoas essenciais como Pedro Gabriel Delgado, irmão do político que tomou a frente da lei da Reforma Psiquiátrica, e que ocupou a cadeira da Saúde Mental no Ministério da Saúde, em um período que foi próspero para a luta antimanicomial. Pedro disse certa vez em um curso de extensão na UFRJ que às vezes falamos muito sobre viver uma certa ditadura, mas que poder falar já demonstra que não é bem assim. Enfim, a necessidade de sermos cuidadosos com nossos processos históricos.

Narrando essa situação, me sinto um pouco como essa geração que não teve acesso a memória política, e tece opiniões esdrúxulas sobre autoritarismo, pedindo coisas como intervenção militar nas redes sociais. Para uma mulher da idade da minha supervisora, politizada e com uma trajetória de lutas, deve ter sido preocupante ver uma jovem trabalhadora da saúde ironizar a democracia. Ocorria que me encontrava tão irritada com tudo — exercer um trabalho delicado sem recursos dignos, gastar minhas horas de descanso em uma militância que ia se encolhendo, se restringindo a encontrar formas de chamar atenção da Prefeitura — que não me dignei a dar maiores explicações. Não para uma pessoa que vinha de quinze em quinze dias na equipe supervisionar o nosso trabalho. Esse era o espírito na ocasião, efeito de um modo de conceber a luta por questões coletivas pautado no ressentimento, canalizando a raiva para os lugares errados — para os próprios parceiros, enquanto os poderes que de fato nos expropriam ficam a salvo, invisíveis.

O que queria dizer ao desdenhar da democracia, era uma insatisfação com o alcance dessa definição. Como se fosse uma encenação onde você pode falar, mas não será ouvido; onde você pode reclamar, para que tudo continue igual e caia em um desabafo histérico. Não é que fosse afeita as ditaduras, mas atendendo em um serviço público de saúde acabamos por enxergar, se os olhos forem sensíveis a isso, tudo o que vive à sombra do Estado Democrático de Direito: mulheres buscando medicação psiquiátrica para insônia, porque não conseguem dormir com tiroteios que duram a madrugada inteira; mulheres que tiveram pelo menos um filho assassinado pela polícia; famílias vivendo abaixo da linha da pobreza (para estar acima da linha da pobreza é suficiente que a renda mensal da pessoa ultrapasse R\$ 178,00 mensais); jovens que nem sonham com o acesso a estudos, muitos expulsos da escola pela produção do fracasso escolar; trabalhadores no limiar do

surto por superexploração no trabalho; mulheres que desde a infância são criadas como empregadas domésticas, ou melhor, escravas, em casas de família da classe média; homens que vieram do Norte fugindo da fome. Demandas que dependendo do serviço que as escute, vão sendo filtradas como necessidade de atendimento psicológico e prescrição de medicação.

Recupero um e-mail que enviei nessa época a minha equipe, após participar de uma audiência pública na Câmara dos Vereadores, cuja pauta era a situação do nosso vínculo empregatício ilegal na saúde. Passamos as semanas convidando os usuários do Ambulatório para irem. Antes haveria um ato em frente as Barcas, às 14h, sobre a precarização em geral dos serviços de saúde mental e o pedido por CAPS-III, e de lá seguiríamos para a Câmara, às 19h. Não sei se na época achei normal esses horários, no sentido de achar possível para qualquer pessoa ficar na rua de 14h até às 19h e dali em diante; o que requer disponibilidade de tempo, meios para se alimentar, disposição física e emocional. O fato é que nem nós trabalhadores estávamos em peso na audiência. O e-mail que escrevi para minha equipe, resumindo como os acontecimentos se desenrolaram, desenha um pouco essa perplexidade que experimentava frente ao processo democrático. Não no sentido de querer uma ditadura, mas de poder querer um pouco mais da democracia:

Data: 19 de dez. de 2014 - 02:24AM (grifos meus, no momento da presente escrita)

Gente, a audiência pública começou umas 20:30 e foi até meia noite. Só a saúde mental achou que fosse às 19h, as outras pessoas (o PMF em peso) chegaram às 20h. Da saúde mental foram poucas pessoas, afinal estávamos lá na manifestação desde às 14h.

Como nunca participei de audiência pública antes fiquei muito chocada com a falta de decoro e respeito entre as pessoas. Até ameaçada a gestora do PMF foi. Dr. Ramon da Policlínica encerrou a fala dele dizendo que várias agressões aos direitos humanos ocorreram hoje na presença de advogados, de trabalhadores sensíveis a saúde, etc.

Enfim, muitos momentos de baixaria. Não em nome da saúde mental - que mal foi mencionada. A fala da representante maior da Prefeitura (Maria Cecília) foi muito clara: “Ninguém está mais interessado do que a Prefeitura em resolver o vínculo do RPA no PMF. Quero clarear que não é para toda a saúde que estamos aqui. É exclusivo para o PMF. Outros temas trataremos depois. Já são 21:20...”. Começa o desentendimento com o presidente da mesa, Paulo Eduardo Gomes, que acha isso um absurdo, ele estava na manifestação com a gente mais cedo.

Daí uma usuária do Ambulatório de Saúde Mental da Engenhoca levanta, vai lá no meio, desafia a mesa e começa a falar um monte de coisas em alto e bom som, mesmo sem microfone, sem lugar, sem espaço. “Eu não sou médica, não sou nada, mas falo por toda a saúde, não tenho



nada, só meu título de eleitor. Os médicos lá na saúde mental ficam 3 meses e vão embora porque não tem salário. Gastei 120,00 porque não tem medicação, o vale social..." etc. etc. etc. Mais confusão, e alguém tenta acalmá-la, tirá-la de lá. Maria Cecília repete com outras palavras o que já havia dito.

Nenhum tema gritado por nós nas Barcas tinha conexão com aquela situação, é como se nem existíssemos. É como se a discussão com as pessoas - seja entregando panfletos na Barca, seja explicando numa plenária que Saúde Mental é Saúde - é como se fosse a cada vez uma necessidade de brigar muito por espaço. Mas enfim, o que está em jogo:

Haverá mais 4 audiências públicas para deliberar sobre a fundação estatal de saúde de direito privado, dias: 05/02, 26/02, 12/03, 26/03.

A proposta foi apresentada como a melhor solução, copiada de um modelo da Bahia, enfatizando vários aspectos positivos que depois digo com mais calma. Paulo Eduardo Gomes problematizou a história do privado e apontou as armadilhas, perguntando qual a diferença disso pras OSs, para a privatização da saúde, dentre muitas ironias. Então a audiência ficou em cima disso, de discutir privatização, e numa certa rivalidade belicosa ali entre PSOL e PT.

Houve falas muito interessantes no momento das perguntas do público, mas já eram 22:47 e foram 13 inscritos. Então apareceu saúde mental, apareceu agente comunitário de saúde, falas da ponta e tal. Destaco uma fala interessante de uma médica do PMF e da Fundação Municipal de Saúde: "O processo parece democrático porque a gente pode teoricamente vir aqui e falar, mas as conferências municipais de saúde votaram contra a FESAUDE. A última Conferência falou que se fosse o caso deveria haver uma consulta pública que implica em plebiscito com amplo debate. Somos mais ou menos 800 trabalhadores no médico de família, onde eles estão pra discutir o projeto? Eles podem estar aqui às dez horas da noite? Quando é para liberar pra churrasco de confraternização libera meio-dia, quando é do interesse de vocês que eles possam ir discutir, vocês liberam, por que para as audiências não podem liberá-los e marcar mais cedo? O interesse dessa audiência é de quem?".

O penúltimo a falar foi Dr. Ramon da policlínica, a favor do projeto, enfatizando que não vai se resolver tudo com concurso público. E a última fala foi de uma gestora, Janaina, que implementou esse projeto na Bahia e muito mansamente disse que não está em questão se a proposta é legítima ou não, que ela já foi aprovada. A essa altura as pessoas em vez de usarem 3 min para se colocarem triplicavam o tempo.

Parece que essa FESAUDE vai acontecer sim, talvez inicie no Médico de Família. O projeto não é transparente, mas nas audiências vai haver pressão pra discuti-lo. Talvez caiba nessas audiências tentar ver como isso vai se dar, em que termos. Questionaram isso lá, vai mandar as

pessoas embora e recontratar? Como? Ela abarca concurso público, qual porcentagem?... A proposta dos vereadores em oposição (em peso lá, estava esvaziado do restante da Câmara porque teve um churrasco na quadra da Viradouro, uma confraternização) é abrir concurso público. E aí começa a discussão - só concurso não adianta. E a fundação é constitucional. Não, não é. É obscuro. Vai rivalizar com uma fundação que já existe, é redundante. Não, é uma nova ferramenta. E a pauta foi essa.

Dou detalhes menos esquizofrênicos na próxima reunião. Não queria deixar de escrever hoje. Então peço desculpas se o texto saiu muito informal ou apaixonado ou tendencioso.

Talvez precisasse escrever pra vocês hoje pra ter a sensação de que existo. :-/

Bjs. Diana

Lacaz (2018) usa dados do Atlas da Violência, produzido em 2018 pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), para analisar as diversas formas de extermínio da população: morte da juventude negra nas mãos da polícia, feminicídio, nutricídio, falta de acesso a serviços de saúde. Retomando a fala de Pedro Gabriel Delgado sobre vivermos em uma democracia, fico pensando que essa constatação vem de um lugar diferente, por exemplo, das pessoas que moram nas favelas do Rio de Janeiro. O relatório da Justiça Global sobre a implantação das UPPs (Unidade de Polícia Pacificadora) <sup>13</sup> revelaram a quantidade de abusos policiais cometidos, por exemplo a perseguição e a truculência cotidiana contra os moradores, e o estupro coletivo de mulheres. “A expulsão de três agentes acusados pelo crime não extingue a lógica machista e racista que atravessa as ações das polícias nesses territórios” (Juliana Farias, 2014). Quem mora ou ouve pessoas que moram em favela, é testemunha de um cotidiano que não entra nos relatórios, onde são recorrentes as violações praticadas pelos agentes estatais, o fogo cruzado da guerra as drogas, e em cada vez mais territórios a brutalidade das milícias. Convivemos no Brasil com uma barbárie cuja face mais perversa é sua conveniente invisibilidade. Para Lacaz (2018), a democracia não significou o fim dos desaparecimentos, da tortura, da repressão e nem mesmo da escravidão. O modelo de representação legalista funciona como um instrumento para calar uma possível insurreição da população, já que faz parecer que a existência de um direito em lei garantiria algum acesso ao mesmo.

---

<sup>13</sup> “Relatório referente ao trabalho de monitoramento de violações de direitos humanos realizado em diferentes favelas do Rio de Janeiro – tanto favelas nas quais foram instaladas UPPs, quanto naquelas onde a militarização se dá de outras formas. Traz o cotidiano dos moradores a partir de “informações que chegam até a Justiça Global tanto através de denúncias realizadas diretamente à nossa equipe por parte dos moradores dessas favelas, quanto informações sobre essa rotina que observamos e registramos durante as atividades que realizamos com os movimentos sociais e demais coletivos políticos organizados por moradores de favelas com os quais a organização mantém estreita interlocução”. (FARIAS, Juliana. Justiça Global, 2014. Disponível em: <http://www.global.org.br/blog/sobre-violacoes-de-direitos-em-favelas-com-upp/>. Acesso em: 28 fev. 2021).

Enquanto se discute nos planaltos e palanques mais e mais leis a serem construídas a fim de garantir direitos à população, mais e mais corpos são jogados nas valas das cidades, queimados em pneus, perfurados por balas de fuzil ou pistolas, ou permanecem desaparecidos. As perguntas que emergem são: como falar em democracia, em participação popular, em ocupação do Estado, em reforma, em políticas públicas, se pensar no Estado Democrático de Direito brasileiro é admitir sua matabilidade como tecnologia fundamental? Há quantas décadas investimos no Estado esperando dele uma melhor condição de existência? O que ganhamos? Por que toleramos as mortes anunciadas acima e continuamos investindo em uma luta majoritariamente pautada na promulgação de leis que não nos vem garantindo sua efetividade? (Lacaz, 2018, p. 69)

No contexto atual de um governo de Estado que não faz questão de se maquiar de democrático, a paixão pelo bom Estado grita em nossos corações. Lilia Lobo disse em uma aula na graduação de psicologia/UFF, enquanto explicava o conceito de produção de subjetividade, que temos o hábito de lembrar de coisas que nunca existiram. Ilustrou os cariocas que sentem saudades de uma época em que não existia violência no Rio de Janeiro, época em que no Morro só se fazia Samba. Lacaz nos ajuda a lembrar, apesar dos ministros de Bolsonaro, como se dão as práticas de governo exercidas pela esquerda e sua vertente mais conservadora e/ou institucionalizada, que eu estenderia a qualquer esquerda partidária, tenha ela ocupado ou não os cargos institucionais:

Uma esquerda que foi se tornando nas últimas décadas, por meio da bandeira do Estado Democrático de Direito, legalista, eleitoreira, oportunista, pouco comprometida com as lutas cotidianas e também pouco disposta a ouvir as críticas em função de uma arrogância que passa pelo domínio de um estatuto de verdade sobre o que seria uma melhor organização social. Tal modo de militar vem se desdobrando, especialmente, numa prática entristecida, adoecedora e desmobilizadora, já que não consegue operar na prática aquilo que prega como mudança. (Lacaz, 2018, p.69)

É necessário, lembram Coimbra, Mendonça Filho e Monteiro (2006), repensarmos a relação entre Estado e políticas públicas, já que costumamos tomá-los como naturalmente coincidentes. Enquanto é justamente a dimensão pública das políticas públicas, como expressão da experiência “comum”, de múltiplos modos de pensar, perceber e agir, que diz respeito à experiência concreta dos coletivos. “O que nos leva a permanecer conectados ao mito da democracia representativa, às forças reativas e ao ressentimento ao invés de afirmarmos a força dos micromovimentos inventivos que eclodem o tempo todo em nosso cotidiano?” (Coimbra; Mendonça Filho; Monteiro, 2006, p.12) indagam, questionando se é possível pensar as políticas públicas não mais reduzidas ao Estado, mas como afirmação de experiências coletivas.

Se o Estado se limitasse a uma certa exterioridade, e resguardássemos um distanciamento entre suas engrenagens e a matéria que nos constitui, ou se as forças que nos governam estivessem restritas ao funcionamento estatal, tais questionamentos seriam mais simples de responder. Contudo, como já exposto, o Estado não se limita ao que identificamos no plano do visível. “Sua produção não é apenas material, mas também subjetiva e, dessa forma, se distribui em linhas finas que nos compõem e governam. Isto é, o Estado também nos habita. Portanto, não se trata de uma natureza, não existe a priori das práticas que o produzem. E nem é uma entidade separada de nós” (Lacaz, 2018, p.70). As práticas de governo que compõem o aparelho de Estado e suas tecnologias incidem também sobre os aspectos afetivo, inconsciente, imaterial, da nossa subjetividade.

Guattari e Rolnik (2007) demonstram como as forças capitalistas perceberam que sua expansão não se detém nas formas-território, forma-capital, forma-objetos, mas na interferência sobre a produção de subjetividade. Desmontando uma certa tradição da filosofia e das ciências humanas que abordam o sujeito como unidade racional, interiorizada e dotada de certa natureza, Guattari cunha o conceito de produção de subjetividade: Modos de perceber, sentir e viver, que longe de pertencerem ao domínio de uma natureza humana, são fabricados, modelados, consumidos. Efeito dos sistemas de conexão direta entre as máquinas produtivas, as grandes máquinas de controle social e as instâncias psíquicas. Modelização que diz respeito aos comportamentos, sensibilidades, percepções, memórias, relações sociais, relações sexuais, fantasmas imaginários, tudo que nos chega pela linguagem, pela família, pelos equipamentos que nos rodeiam. No capitalismo, segundo os autores, tal produção se dá de modo serializado e em escala mundial.

Se as marxistas e progressistas de todo tipo não compreenderam a questão da subjetividade, porque se entupiram de dogmatismo teórico, isso em compensação não aconteceu com as forças sociais que

administram o capitalismo hoje. Elas entenderam que a produção de subjetividade talvez seja mais importante do que qualquer outro tipo de produção, mais essencial até do que o petróleo e as energias. (Guattari e Rolnik, 2007, p.34)

Se com a Modernidade<sup>14</sup> o que chamamos de subjetividade é produzida massivamente no modelo do indivíduo, nas sociedades contemporâneas esse indivíduo ganha cada vez mais estatuto psicológico. Rose (1998) estuda a proliferação da expertise da subjetividade, reduzida a um psiquismo, notando o quanto fomos nos tornando seres intensamente psicológicos. Engenheiros da alma humana, não necessariamente vindos de uma formação acadêmica, têm reivindicado à legitimidade de compreender e agir sobre tais aspectos psi. “Minha preocupação é com os novos regimes de verdade instalados pelo conhecimento da subjetividade, as novas formas de dizer coisas plausíveis sobre outros seres humanos e sobre nós mesmos, o novo licenciamento daqueles que podem falar a verdade e daqueles que estão sujeitos a ela” (1998, p. 34). A expertise da psique tem o papel de intensa estimulação da subjetividade, promovendo a autoinspeção e a autoconsciência, moldando desejos, buscando maximizar as capacidades intelectuais. “O campo estratégico geral de todos aqueles programas de governo que se veem como liberais tem sido definido pelo problema de como indivíduos livres podem ser governados de maneira tal que eles vivam sua liberdade de forma apropriada” (Rose, 1976, p. 40-41).

Para o autor, esse governo da subjetividade implica que as autoridades ajam sobre as escolhas, os desejos e a conduta dos indivíduos de forma indireta. Coerção, ordens claras e violência perdem espaço para a estimulação da psique: “Os cidadãos de uma democracia liberal devem se regular a si próprios” (Rose, 1998, p.43). O governo contemporâneo opera infiltrando, sutil e minuciosamente, as ambições do processo de regulação no interior mesmo de nossa existência e experiências como sujeitos. Aqui é importante lembrar que as práticas de governar são múltiplas, e em nosso contexto político a truculência, violência e a coerção são peças fundamentais no governo da população. Mas o que legitima a morte, a opressão e/ou a violação do outro, bem embaixo dos nossos narizes, diz mais da produção de subjetividade do que do próprio poder de fogo. Para que se torne tolerável o Caveirão entrar em uma favela, o outro antes precisa ter se tornado meu inimigo, ou ter perdido seu estatuto de humanidade.

---

<sup>14</sup> Marcamos como Modernidade um contexto de mudanças radicais nos cenários político, econômico, social e cultural, que foram ganhando consistência no Ocidente desde o século XVI. Tais mudanças inauguraram modos inéditos de perceber e explicar a vida.

O governo da alma depende de nos reconhecermos como, ideal e potencialmente, certo tipo de pessoa, depende do desconforto gerado por um julgamento normativo sobre a distância entre aquilo que somos e aquilo que podemos nos tornar, e do incitamento oferecido para superar essa discrepância, desde que sigamos o conselho dos experts da administração do eu. (Rose, 1998, p.44)

A partir dos intercessores com os quais dialogo nessa escrita, faço coro as críticas ao modelo transcendental de pensamento. Mas percebo nas entrelinhas do que escrevo, um certo desespero que acaba por pedir mais Estado. Qual é a nossa luta, minha orientadora questiona em um grupo no qual a maioria dos orientandos pesquisam o campo das políticas públicas. Segundo ela, é uma armadilha ficar no registro de ser contra ou a favor do Estado, reafirmando o sujeito liberal a cada vez. Afinal essa dinâmica funciona repondo o Estado, se move no registro do reconhecimento, ignorando outros campos onde se passam diversas configurações de acontecimentos e de lutas. É um desafio, e uma tarefa para quem desenvolve um trabalho nas políticas públicas, intensificar suas apostas no plano coletivo da imanência, a despeito dos governos políticos que vem e vão. Esvaziar a lógica estatizante sabendo que o Estado também está em nós. O Estado, ela diz, diante de todo esse plano ingovernável que coexiste com a dimensão macropolítica, deveria viver sempre à beira de um ataque de nervos. Mas estamos tão esfacelados, privatizados, que não conseguimos sustentar a experimentação dessas outras forças: “A gente não se desaloja”, ela nos provoca.

Nessa mesma direção, Lacaz (2018) conclui que a militância dura e triste nos dá indícios de que foi capturada, remoendo os mesmos discursos e práticas como se não pudesse entrar em contato com o porvir das lutas. “O aparelho de Estado se apropriou também das subjetividades que se apercebem à esquerda, propagando um modo de funcionamento pautado no sacrifício, na onipotência, no missionarismo, no messianismo e, na luta pelo poder” (2018, p.72). A autora está falando principalmente da militância política mais geral, identificada com o campo da esquerda organizada. Penso no quanto o que ela traz de incômodos se assemelha aquela profissional cansada de fazer atos e manifestações na frente da Prefeitura, respondendo mal a sua supervisora, mas que também não conseguia propor outras sugestões de intervenção. Na verdade, mal tinha coragem de abrir a boca nas reuniões do Fórum dos Trabalhadores da Saúde Mental que frequentava toda quarta-feira. Mas a questão está longe de ser individual, os mecanismos que nos capturam em uma forma-manifestação, forma-lei, forma-trabalhador está bastante ciente de que é imperativo homogeneizar a multiplicidade. “Querem nos convencer de que estamos mergulhados numa espécie de fatalidade” (Guattari e Rolnik, 2007, p.58).

Venho buscando abrir mão das perguntas “E agora, o que fazer?”, na medida em que habitar os territórios da saúde mental, e da assistência social, em sua dimensão intensiva, na lida com os usuários e colegas de trabalho, não me deixa esquecer que já há algo sendo feito. É o que buscarei dar visibilidade no segundo capítulo. Mesmo planejando inverter essa ordem Problema – Solução – Síntese, ainda se impõe nessa escrita a necessidade de descrever um certo cenário apocalíptico. Tantas páginas falando sobre o Estado até poder repetir que precisamos nos debruçar em outra direção... Mas, como me disse a jovem que auxiliei em suas escolhas profissionais: “Existe um caminho para poder chegar aonde a gente já sabia”.

#### **1.4. Os Aventais brancos:**

Em 2016 assisti junto com minha equipe do CAPS-ad a um evento que se propunha abordar a situação da Casa de Saúde Alfredo Neves, um hospício da rede privada em funcionamento desde 1943. Parte dos leitos de internação psiquiátrica recebiam financiamento através de convênio com o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social). A partir da municipalização da assistência em saúde mental, no início da década de 1990, iniciou-se convênio com o SUS. Mesmo dentro da rede de saúde mental de Niterói, não são todos que têm conhecimento da existência dessa instituição. Alguns prédios no entorno têm a visão para o pátio da “Casa de Saúde”, e é possível observar vários internos pelados a esmo. Importante nos perguntarmos quantas operações são necessárias para que uma cidade inteira, incluindo suas universidades, espaços de cultura, lazer, o judiciário, as escolas, as comissões de direitos humanos naturalizem certos fenômenos.

Naturalizar é tanto desconhecer (“mas eu não sabia”) quanto compactuar (“isso sempre foi assim”), pois para que não saibamos que algo acontece é porque já foi incorporado a paisagem habitual. É preciso ter bem delimitado na cabeça, não necessariamente a nível consciente, racional, quais corpos são humanos e, portanto, frágeis e quais podem aguentar certos infortúnios. Com facilidade corpos negros, pobres, corpos de mulheres, corpos deficientes, corpos de crianças, em diferentes contextos perdem sua humanidade. Há algo de comum nas operações que tornam possível, por exemplo, a naturalização do extermínio de uma juventude negra nas mãos do Estado, a superexploração da mão-de-obra das pessoas pobres, a violência sexual contra as mulheres, a exclusão radical das deficiências do convívio em sociedade, as práticas disciplinares, punitivas e enlouquecedoras do sistema escolar.

O evento mencionado foi realizado pela oitava equipe de desinstitucionalização da rede de saúde mental de Niterói. Essa “equipe de desins”, em suas diferentes configurações ao longo dos anos, embora tivesse algumas entradas no Alfredo Neves, cuidava principalmente da articulação em rede dos casos de longa permanência do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba. Na mesa de apresentação, a formação atual da equipe (2016) levou relatos do que encontraram quando deram continuidade ao trabalho de desinstitucionalização que, ao longo desses anos, teoricamente havia sido iniciado no Alfredo. De início já registram que naquele mesmo ano, onze internos morreram por falta de acesso a cuidados médicos, isto é, por negligência. A equipe de desins foi recebida pelas sabotagens da direção do Alfredo, não conseguia acesso aos internos e aos prontuários, e era hostilizada pela equipe interna. O que encontraram, além da inacessibilidade e de alguns horrores às vistas, já que a equipe interna não tentava esconder aquilo que consideravam natural, foram muitos pacientes que diziam não querer sair dali. Acreditando que só daquela forma poderiam ser cuidados e que lá fora morreriam. Talvez seja o lado mais estratégico das práticas de institucionalização: suprimir o desejo da fuga.

Encontraram também trabalhadores tão institucionalizados quanto os pacientes, acreditando na importância do trabalho que realizavam, alguns por uma parte considerável da vida. Para que um local como esse exista, é primordial que alguns profissionais que operam a máquina (não precisa ser todos) acreditem que fazem o bem, que dedicaram sua vida a realizar um bom trabalho. A ponto de ignorarem estar diante de um aglomerado de corpos embotados, feridos, amarrados, padecendo de falta de cuidados básicos de saúde, socialização e projetos de vida. Em geral, se tratava de técnicos de enfermagem e cuidadores, pois a dita equipe especializada multidisciplinar mal permanecia no local. Psiquiatras assinavam laudos à distância, deixando todo o trabalho para os técnicos de enfermagem, que ao contrário dos doutores são vistos como truculentos.

O que nos leva a considerar que pensar sobre nossos saberes e fazeres, a despeito da certeza do quão maravilhoso seja, é condição para enfrentar a mortificação que ronda qualquer prática que se debruça sobre as subjetividades: no hospício, nos serviços extra hospitalares da saúde mental, no consultório privado, na assistência social, na universidade... O que deixamos de ver confiantes que somos na nossa capacidade profissional? Quanto mais competentes, talvez menos predispostos a um reposicionamento, ou a um novo olhar.

Era apenas uma dentadura. Para ele que passou mais de dez anos sem um único dente na boca, foi algo a mais. “Doutora, a senhora tem espelho pra eu me ver?”. “Tem no banheiro aqui de dentro, quer ir lá?”. Olha para meu celular sobre a mesa. “Tira uma foto minha pra eu



saber como estou?”. Suspendo o celular e sinto, mais do que entendo, alguma coisa fora de lugar. Meu paciente mais alegre e descontraído dentre todos, não conseguia sorrir com os novos dentes! Sempre sorria tanto com a boca cheia de cuspe, e também costumava sorrir com os olhos, como agora o rosto se travestia numa careta robótica? “Como que ri com isso? Assim, assim...”, foi tentando ajustar. Não sei se vai se adaptar. Foi necessário o desejo de uma estagiária de fora para desnaturalizar o modo de ser daquele corpo. “Ela me fez um convite e eu aceitei, doutora”. Invejando aquela estagiária pensei: sempre fiz tão pouco por você. A subjetividade tão etérea da psicologia. Ele me pedia uma namorada, eu me atinha a gravidade de seus delírios, e fui me acostumando com o cuspe. Por onde passam os devires depois que você se institucionaliza, sem perceber, junto com seus pacientes? Ficando ou não com o novo acessório, não é apenas uma dentadura. Para ele é uma nova maneira de sorrir. Pra mim é uma nova maneira de olhar. (Escrita livre, 2015)

Retomando o evento, ao longo das falas uma pessoa da equipe de desins e outros profissionais da rede de saúde mental, não se abstiveram de lembrar que era prática da Emergência Psiquiátrica da rede, localizada no outro hospital psiquiátrico da cidade (Hospital Psiquiátrico de Jurujuba – HPJ), encaminhar determinados pacientes que precisavam de internação para o Alfredo Neves. Frente aos leitos lotados, a equipe da emergência se via diante da “escolha de sofia” entre qual paciente assistiria (geralmente o que teria melhor prognóstico), e aquele que enviariam para o claustro (quem entrava no Alfredo tinha menos chance de sair). Se é uma incoerência teórica pensar em hospício humanizado, na prática do trabalho com saúde mental contamos até hoje com os hospícios e se sabe que há diferenças significativas entre eles.

Imediatamente pede passagem a memória de quando fui visitar uma paciente do CAPS-ad na enfermaria feminina do HPJ. Enquanto escrevo, agora, penso como uma sociedade como a nossa sustentará a ausência de manicômios e de outras prisões, e sinto o cheiro e o caos daqueles corredores. Uma mulher negra, alta, de cabelos em pé e olhos arregalados, contida na intercorrência — geralmente onde ficam as pacientes mais “desorganizadas”, “agressivas”, “desagregadas” — me olha diretamente nos olhos e pede que eu me aproxime. Lembro que estou grávida e olho a curta altura da portinha que a isola do corredor por onde outras pacientes circulam em romaria. Ao redor outras portinhas, com mulheres também contidas, algumas em silêncio, outras aos gritos, lamentos e

gargalhadas. Ela estende a mão, insistente, e me envergonho, que se há de fazer, seguro seus dedos meio hesitante. “Eu não mordo não, tá? Não sou bicho. De quantos meses você está? É menino ou menina?”. Ela mantém o aperto firme. O medo não passa, nem o desconforto e a vergonha — afetos que não alteram em nada o abismo que nos separa, eu do lado da saúde e da Razão, ela louca.

Entretanto, nas vezes seguintes que vou a enfermaria ela me recebe alegre, já fora da intercorrência, perguntando “É a grávida que está aí? Deixa eu falar com ela”, o corpo alto e forte dribla jalecos brancos e outras portas, tocando com delicadeza minha barriga em uma distância que se encurta, ainda que as estruturas permaneçam imóveis. Depois descubro que conheço as histórias dela que circulam antigas pela rede de saúde mental. Foi criada em instituições como orfanatos e abrigos. Já bateu em muitas mulheres, de dentro e fora da enfermaria, em momentos lidos como de surto, e que não são incomuns. Já apareceu com um facão no Ambulatório de Pendotiba chamando a técnica de enfermagem de mãe e dizendo que finalmente iria matá-la. Teve uma filha recém-nascida que morreu pouco tempo após o parto. Vai e volta da enfermaria feminina quando o CAPS II perde o efeito diante de suas graves crises (esquizofrênicas-capitalísticas?).

Embora o HPJ tenha um trabalho de desinstitucionalização, regulação de visitas, articulação intersetorial com a saúde, assistência social, e uma presença expressiva da transmissão de um ensino que forma e supervisiona profissionais para pensarem sobre o trabalho que fazem, não deixa de ser uma instituição que trata a loucura através da contenção e da privação de liberdade. E quem já ouviu relatos de pessoas que passaram por lá na condição de internos, pode testemunhar que privação de liberdade, compartilhamento de espaço, uniforme, medicação, contenção física, não são só palavras. Fora o que acontece no apagar das luzes. E mesmo sabendo que a emergência psiquiátrica de Niterói e suas enfermarias não deixam de ter a marca manicomial, encaminhei muitos pacientes para lá. Encaminhei porque dezoito anos após a promulgação da “lei da reforma psiquiátrica”, não contamos com CAPS III (que funciona 24h), não há espaço para dissidências no organizado mundo do trabalho, enfim, há uma fragilização das estratégias fundamentais para a desinstitucionalização da loucura na sociedade. Então não encaminho sozinha, encaminho junto com um projeto de gestão pública que envolve, por exemplo, a histórica concepção do que é a loucura e a estrutural precarização dos recursos públicos destinados a lidar com ela.

E ainda que se trate de uma conjuntura coletiva, é você quem olha nos olhos do seu paciente e diz que ele “precisa” de internação, é você que escreve o encaminhamento, é você que eventualmente liga para a SAMU (quando não vai de ônibus com a pessoa, pagando a passagem de ambos), é você que compra brigas com a equipe técnica do HPJ pra que ele seja internado (não é nada fácil conseguir uma vaga, especialmente para usuários de drogas que são mal vistos e mal acolhidos onde quer que seja, até no hospício). E lembrando que a realidade se desdobra em

paradoxos, era frequente lidar no CAPS-ad com algum familiar ou paciente implorando por internação, visto que querem uma saída mágica para regular seus excessos. Já ouvi alguns falarem do HPJ como se fosse um *Spa*, um hotel cinco estrelas. E lá vamos nós, em tempos do ataque e do avanço das Comunidades Terapêuticas, desconstruir com pessoas desesperadas a ideia de que uso de drogas e/ou transtornos psíquicos seja sinônimo de internação.

Essa moça a qual me refiro que fui visitar na enfermaria feminina, que fazia uso prejudicial de cocaína, mas tinha problemas mais graves do que esse, me disse “Eu queria ficar aqui até Dezembro”, estávamos em Julho. Olhei para uma mulher arrancando as roupas em um dos corredores, para as outras andando com olhar vago, meu nariz burguês achando aquilo tudo meio sujo, apertado e sem privacidade, minhas ideias sobre direitos humanos bem arrumadas no intelecto. Ela já tinha se recuperado da crise, como poderia querer ficar ali? Como alguém poderia aguentar ficar ali? Recebeu alta umas duas semanas depois.

As equipes do HPJ não têm como direção geral internações longas. Carregam os pressupostos da reforma psiquiátrica, lidando com uma realidade que embora produza a loucura, tenciona excluí-la, aniquilá-la de suas vistas. Talvez por isso não questionem, na radicalidade, o seu trabalho, a instituição que fazem funcionar. Sem ela, o que restaria aqui fora para quem é acometido por crises? Será que no fim das contas os internos sequestrados pelo Alfredo Neves tinham razão quando diziam que lá fora não há nada para eles, e a melhor opção é o hospício? Se essa fala nos escandaliza — à equipe da desins que a escuta diretamente, e as demais equipes de saúde que ouvem o relato — é porque ela é realista, franca, e não suportamos encarar o lugar que os transtornos mentais têm na sociedade?

Ouço de parceiros de trabalho, colegas de formação e de amigos, que é discutível a máxima do jargão da Luta Antimanicomial: Por uma sociedade sem manicômios. São pessoas que não têm calafrios naqueles corredores do HPJ. Foram formadas lá dentro. Além da emergência psiquiátrica da rede ser localizada no HPJ — o que significa que se você precisar recorrer a psiquiatria emergencialmente seu primeiro contato com um tratamento será através de uma instituição manicomial —, a própria Coordenação de Saúde Mental do município se localizou por anos lá dentro, bem como toda a formação, ensino e extensão de estagiários e residentes de toda a rede se encontra centralizada lá. É onde os alunos não só cumprem a parte prática do campo, mas têm aulas, supervisões, reuniões de discussão clínica. Nessa dinâmica, não apenas os pacientes são institucionalizados.

Quando você assiste de perto a desorganização do psiquismo, o despedaçamento do “eu”, a perda com os fios da realidade, os riscos que um corpo corre, a vulnerabilidade à espreita, a falta de meios de qualquer um no entorno para lidar com a instauração de uma crise, é compreensível o

questionamento de uma sociedade sem manicômios. Ou o ultraje de ouvir de quem está de fora, com os braços cruzados, te chamar de manicomial torcendo o nariz. Mas há tantas coisas antes para defendermos. Repito, um município do porte de Niterói não tem CAPS III, conta apenas com um CAPS-ad, as coordenações dos hospitais gerais ignoram qualificar a abordagem das questões de saúde mental com as equipes, a Atenção Básica caminha a passos descontínuos para entender que transtornos psíquicos fazem parte da condição humana. E se os próprios serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico contam com equipes capacitadas, sensíveis e implicadas com o trabalho, por outro lado são estruturalmente sucateados, funcionando no limite. As comunidades terapêuticas evangélicas avançam com o aval do discurso científico e do senso comum sobre transformar dependentes químicos em bons cidadãos. Pouco avançamos na potencialização da questão do trabalho e renda, da economia solidária, para que as pessoas tenham como se sustentar. O número de residências terapêuticas não atende a demanda de pessoas que precisam desse tipo de cuidado. Vamos mesmo escolher investir na defesa do hospício? Ele já está aí, não só através das paredes de uma construção física, mas nas mentalidades e práticas dos trabalhadores da saúde mental e no imaginário coletivo, como a melhor opção. Precisa de defesa?

Onde dizem: “Fracasso”. Eu digo: “Vida”. Onde dizem: “Doença”. Eu digo: “Força”. Por favor, eu te peço com carinho, nunca mais insinue que tenho que ir para Juruçuba. Eu não sou cachorro para ficar dentro de um canil. Digo com todo respeito aos companheiros que estão internados lá (...) Sei que são seus colegas de profissão, são seus amigos, são muito mais preparados, muito mais “humanos”, mas eu já passei por manicômio, Nossa Senhora das Vitórias (sucursal do inferno), Clínica Santa Catarina (tantas vezes que nem sei), e sei muito bem que não adianta ter diretor militante e jovens-e-brilhantes profissionais, que é tudo a mesma merda. E me contenho para não mandar os jovens-e-brilhantes profissionais, o diretor incansável e todo aquele que fizer essa insinuação novamente – sei que tem sensibilidade e não o fará – para aquele lugar. (Trecho de um caderno escrito para mim por um usuário que acompanhei no CAPS-ad, 2017)

Assim, assistia as apresentações do evento cujo chamamento era “o que faremos com o muro de silêncio sobre o Alfredo Neves”, e que após muito tensionamento e falas interessantes foi virando uma exposição sobre A Reforma Psiquiátrica e a soberania da Clínica — talvez seja nosso

modo de lidar com a angústia do que está fora de alcance; pensar nos avanços, nos casos de sucesso, e que as coisas levam tempo, para assim aguentar os corpos caídos no chão ao longo do caminho. Enquanto assistia, era asfixiada pelo cheiro de guardado dos corredores das enfermarias de Jurujuba, me perguntando se o modelo extra hospitalar substitutivo ao hospício sequer teve subsídios para funcionar em sua potência, e no quanto poderia piorar diante dos novos sucateamentos em curso (vivíamos o cenário pós-golpe, governo Temer). Parei de prestar atenção as falas, e me invadiram as vozes de pacientes que acompanhei na rede marcados pelo Alfredo Neves, principalmente alcoolistas mais cronicados: “Meu irmão teve que assinar pra mim sair, e graças a Deus assinou, a senhora não sabe o que é aquilo lá, doutora”, “Eu dava banho de borracha nos outros malucos sujos de cocô e em troca os enfermeiros me davam cigarros”. Olhando ao redor via minha própria equipe dispersa: rotineiramente erámos sobrecarregados de trabalho interno no CAPS, e era inquietante considerar eventos, capacitações, e reuniões como parte desse trabalho. Comecei a delirar no bloco de notas do celular:

*É só uma cena.*

*Imagino uma mulher, ou um homem, sendo torturados. Assassinados, talvez. Mas essa palavra já não causa impacto. Nos anestesiámos para os números dos mortos. Esquartejados, suponhamos. Dá para ouvir os ossos se quebrando e os gritos.*

*Ao lado desse acontecimento-horror, no mesmo ambiente físico-político-social-cultural, simultaneamente, em ato, há uma mesa de pessoas fazendo uma apresentação, ou uma discussão como gosta-se de dizer, sobre Os Direitos Humanos.*

*O sangue dos membros arrancados quase alcança as pernas da mesa. Ninguém parece notar, embora afastem um pouco os pés para que o sangue não toque em seus sapatos.*

*Há uma parede invisível? Estão surdos, estão cegos? Perguntaria um expectador dessa cena. Mas não é um engano. Essa aparente desarticulação entre discursos e práticas, pensamento e corpo, é um projeto.*

*Os sapatos da psicologia, da clínica, da burocracia, da pesquisa, muitas vezes são treinados para não pisarem na merda. Os narizes se fecham para o odor. Não se enxerga inclusive a raça dos objetos. São subjetividades etéreas. As vozes ponderadas que sabem falar bem em público, não escutam os sussurros e nem os gritos.*

*Quem recebe títulos para falar sobre as coisas não as vivenciam, embora vivam e se alimentem delas. É um projeto de poder.*

*O “poder” não tem rosto, nem centro. Mas em exercício vive-se dele. Apaixona-se por ele.  
É tudo cena.*

Nesse momento uma imagem que nunca testemunhei se impõe: Antonin Artaud chocando um auditório após sua saída de uma longa internação psiquiátrica. Todos queriam ouvi-lo, mas só até certo ponto, não estavam preparados para o corpo que havia sobrevivido ao exílio. Adriana Santos (2018) narra como em 1947 Artaud já debilitado por um câncer, pelos eletrochoques e outras tantas violências vividas em nove anos de internação psiquiátrica, atravessados pela segunda guerra mundial, retorna ao palco de um teatro:

depois de dez anos afastado pelo sequestro psiquiátrico, para uma conferência irrealizada, já que Artaud se recusa a ler o que escreveu. Segundo ele, “de repente me dei conta que já havia passado da hora de reunir as pessoas em um teatro, mesmo que para lhes dizer as verdades [...]” (Artaud, 1947/2017, p. 124). O Momo explode, segundo a sua própria descrição, em “arrotos odiosos, cólicas e câimbras no limite da síncope” (idem, p.123). É duramente criticado, inclusive por seu antigo amigo André Breton, um dos ícones surrealistas. (Santos, 2018, p. 135)

\*

Falava há pouco sobre “poder”. Foucault subverte a maneira tradicional de pensá-lo, isto é, enquanto instância jurídica, centralizada, localizável em um sujeito que o detenha, restrito ao predomínio de dominadores sobre dominados, a partir de mecanismos de interdição ou de repressão. Desloca esse entendimento para a ideia de multiplicidade, capilarização e correlação de forças; as relações de poder não sendo exteriores a outras relações, por exemplo de conhecimento, sexuais, econômicas, mas constituindo-as. Tratando-se de uma dinâmica que investe muito mais na incitação do que em formas repressivas, marcando seu caráter produtor.

Um dos exemplos que cita nas aulas reunidas no livro “Em Defesa da Sociedade” para demonstrar o diagrama do poder é justamente sobre o emprego que a burguesia faz da loucura. A inversão que Foucault faz sobre o modo de pensar tal questão, é perturbadora. Antes de trazer esse exemplo, é útil considerar os cinco passos didáticos que ele deixa registrados nessa aula. Mal me afasto do texto de Foucault e esqueço suas ponderações, erguendo a bandeira dos dominados, apontando as maldades da prefeitura, o pouco caso dos médicos, sonhando com uma boa prática, um bom dispositivo de saúde mental e de assistência social... Isso não parece dizer respeito a um problema de memorizar leituras, mas a dificuldade de sustentar a radicalidade dos estudos

foucaultianos, que mexem com crenças muito elementares, aquelas que nos produzem como sujeitos desde a Modernidade. Fuganti (2008) ao apresentar o modelo de existência que triunfa no Ocidente, sob a herança das sociedades gregas, define esse tipo de produção subjetiva como a solidificação de um modo de viver e de pensar calcado na moral, na lei, na razão e no Estado. Modo de viver e desejar, que sobrevoa e julga o mundo, os corpos, as experiências, retirando-se para uma representação transcendente.

As cinco indicações metodológicas de Foucault (2005) para uma analítica do poder:

1) Desistir de analisar o poder como instância jurídica, de se ater as suas formas regulamentadas e legítimas, buscando o centro de sua estrutura, seus mecanismos gerais e efeitos correlatos. Trata-se, ao contrário, de apreender o poder em suas extremidades, prolongamentos, onde ele se torna capilarizado, em suas formas e em suas instituições mais regionais, locais. Por exemplo, Foucault não procura uma fundamentação filosófica sobre o poder de punir, tal como apresentadas pelo direito monárquico e pelo direito democrático, mas busca esmiuçar historicamente em um certo número de instituições locais, como se dão efetivamente o emaranhado de práticas de punição. Na direção de apreender o poder nas pontas cada vez menos jurídica de seu exercício.

Recordo Pedro Gabriel Delgado dizendo certa vez, em um curso de extensão, que o mais temível para muitos sobre o AI-5<sup>15</sup> não era o militar de alta patente, mas o guarda da esquina. Considerando as reflexões anteriores, podemos desocupar os leitos dos hospícios, jogar sua estrutura abaixo, com o respaldo de uma lei (necessária e fundamental). Entretanto, o manicômio que carregamos na cabeça e em nossas maneiras de intervir, se perpetuam nos serviços substitutivos. O poder não é algo que o portador do eletrochoque ou do carimbo médico detenham em si mesmos. A assistente social que decide que o usuário de um serviço não vai comer uma quentinha porque ele não se comportou bem, também o exerce, e esse é um exemplo muito elementar que de imediato pode provocar nossa antipatia. Mas a miríade de práticas que sujeitam corpos extraindo deles um saber, buscando uma verdade, ordenando, tutelando, contendo, embora passem mais despercebidas, em última instância não se distanciam muito da ação de castigar alguém através da comida.

---

<sup>15</sup> Cecília Coimbra (2009, p.3) define o AI-5, decreto instaurado durante a ditadura civil militar, como um “golpe dentro do golpe”: “De 1964 a 1968, ou seja, até o AI-5 havia censura, perseguição e prisão, mas não da forma violenta como depois se instaura. Em dezembro de 1968 (...) é realmente a ditadura sem disfarces, a implantação do terrorismo de Estado. Ou seja, o Estado brasileiro passa a usar a tortura como instrumento oficial de sua política”. (Mudanças na Psicologia. Jornal do CRP-RJ, Rio de Janeiro, Mar. de 2009. Disponível em: <http://www.crpj.org.br/site/wp-content/uploads/2016/05/jornal21-mudancas-psicologia.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2021).

2) Não tratar o poder no nível da intenção ou da decisão, escapando de procurar quem o possui. Voltar-se então para práticas reais e efetivas, o ponto em que ele está em relação direta e imediata com seu alvo, onde produz efeitos. Retirar o foco da cabeça do Estado, “da alma do Leviatã”, e estudar os corpos periféricos e múltiplos constituídos como súditos pelos efeitos do poder. Olhar para os processos contínuos e ininterruptos que sujeitam os corpos, dirigem os gestos, regem os comportamentos. Está colocada a questão da sujeição, o deslocamento de uma figura que concentraria em si o poder de dominação (o soberano) para um conjunto heterogêneo, polimorfo de práticas que criam processos de subjetivação. “Noutros termos, em vez de perguntar-se como o soberano aparece no alto, procurar saber como se constituíram pouco a pouco, progressivamente, realmente, materialmente, os súditos, o súdito, a partir da multiplicidade dos corpos, das forças, das energias, das matérias, dos desejos, dos pensamentos” (Foucault, 2005, p.33).

Passei a graduação de psicologia na UFF querendo que os professores respondessem à questão que lançavam, recuperada de Foucault e Deleuze: Como podemos amar tanto a nossa servidão, e defendê-la como se estivéssemos defendendo a nossa própria liberdade? E embora possamos tentar enunciar a resposta recorrendo a uma analítica do poder, ao conceito de produção de subjetividade tal como posto por Guattari, ao Foucault que em suas últimas pesquisas busca a ética de um cuidado de si, é no nosso corpo que é difícil suportar essa questão, é no embate com a vida, com a política, com a função que desempenhamos no trabalho, na vida coletiva, que se torna um desafio acessar as implicações dessa indagação.

3) Não tomar o poder como um fenômeno de dominação maciço e homogêneo de uns (indivíduo, grupos, classes) sobre os outros. Foucault entende o poder como força que circula e funciona em cadeia, sem estar visivelmente localizado, sem que possa ser apossado como um bem particular, ou mesmo passado adiante para alguém. O poder funciona, em exercício, e os indivíduos que se encontram submetidos a ele não são um alvo inerte ou consentidor, e por vezes também ficam em posição de exercê-lo. Aqui podemos lembrar de Foucault (2011, p. 224-225) em um outro momento falando sobre as prisões e sobre o taylorismo:

Eles (os pensadores) ignoram que haverá sempre formas de escapar às malhas da rede e que as resistências desempenharão seu papel. No domínio das prisões, os detentos não foram pessoas passivas; é Bentham que nos deixa supor o contrário. O próprio discurso penitenciário se desenrola como se não houvesse ninguém frente a ele, a não ser uma tábula rasa, a não ser pessoas a reformar e a devolver em seguida ao circuito da produção. Na realidade, existe um material



– os detentos – que resiste incrivelmente. O mesmo poderia ser dito em relação ao taylorismo. Este sistema é uma extraordinária invenção de um engenheiro que quer lutar contra a vagabundagem, contra tudo que diminui o ritmo da produção. Mas pode-se colocar a questão: o taylorismo algum dia realmente funcionou?

O poder não se aplica sobre os indivíduos, mas transita por eles. Além disso, para o autor, o que faz com que corpos, gestos, discursos e desejos sejam organizados dentro dessa categoria de “indivíduo”, é também efeito do poder: “o indivíduo é um efeito do poder e é, ao mesmo tempo (...) seu intermediário: O poder transita pelo indivíduo que ele constituiu”. (Foucault, 2005, p.35).

Esse é o ponto que encontro maior dificuldade, na medida em que além de simpatizar com os estudos *decoloniais* e *feministas*, tenho vivências suficientes como brasileira, negra e como mulher, para sentir a bigorna da colonização e do patriarcado sobre minha cabeça. Além da experiência com a saúde mental e a pobreza: como não procurar ou mesmo identificar a figura dos tantos algozes que massacram determinadas existências? Acolho esse paradoxo pensando na coexistência dos países colonizados com a soberania — essa segundo Foucault se funda no puro exercício da violência. Entendo que escravidão, extermínio, tortura, feminicídio, são violências sem mediação, elas não produzem uma subjetivação, mas imputam a morte; então poderíamos dizer que é de dominadores x dominados que se trata. Entretanto, o projeto da Colonização não seria tão eficaz se operasse exclusivamente na dimensão do genocídio e da escravização. As teorias racistas que o Brasil importa da Europa no século XIX, com medo das insurreições negras no pós-abolição da escravatura, bem como as políticas de embranquecimento inauguradas na República, podem ser lidas no campo das relações de poder, pois são violências mediadas por um conjunto de estratégias — ainda que objetivem o extermínio negro. “A questão, para mim, é curto-circuitar ou evitar esse problema, central para o direito, da soberania e da obediência dos indivíduos submetidos a essa soberania, e fazer que apareça, no lugar da soberania e da obediência, o problema da dominação e da sujeição” (Foucault, 2005, p.32). É quase irresistível pensar o que é pior: ser assassinado no corpo biológico ou na subjetividade?

A emergência dos Estados latinos não pode ser debatida sem levar em consideração o processo histórico de colonização e seus efeitos físicos, econômicos e subjetivos, que se perpetuam até hoje em nossos modos de vida. Enquanto na Europa o modo Estado começa a investir na expansão da vida visando a sua manutenção e enriquecimento, nas

Américas, o Estado era atravessado pelo interesse Europeu, investindo em larga escala na colonização das populações ameríndias e africanas para a garantia de mão de obra escrava. Ou seja, enquanto nos territórios ditos civilizados desenvolvia-se uma série de tratados sobre como governar melhor sua própria gente, para as colônias – reconhecidas como “selvagens” ou “atrasados” - levava-se tal civilização através de práticas de barbárie (Cesaire, 2010), da animalização dos sujeitos de etnias diferentes e da colonização dos modos de vida e pensamento, este último por meio, especialmente, da conduta jesuíta de evangelização/educação cristã, no caso do Brasil. (Lacaz, 2018, p.63)

4) Não deduzir que o poder parte de um centro e se prolonga até os elementos mais atomísticos da sociedade. Mas fazer uma análise ascendente do poder, partir dos mecanismos infinitesimais e ver como são aproveitados, investidos, utilizados, transformados, deslocados, estendidos, por mecanismos cada vez mais gerais e por formas de dominação global. “Não é a dominação global que se pluraliza e repercute até em baixo” (Foucault, 2005, p.36), devemos pesquisar como nos níveis mais baixos, os fenômenos, as técnicas, os procedimentos de poder se deslocam, se estendem, se modificam, e só então são investidos por fenômenos globais.

Aqui ele citará os exemplos da relação da burguesia com a loucura e com a sexualidade infantil. Uma análise descendente da loucura, isto é, partindo de um suposto poder global diria que a burguesia, como classe dominante a partir do final do século XVI, excluía tudo que fosse inútil à produção de lucros. Nesse cenário, restaria ao louco ser trancado, descartado socialmente. Uma análise descendente a respeito da sexualidade infantil seguiria o mesmo molde: a partir da dominação da classe burguesa seria lógico compreender a repressão da sexualidade infantil; o corpo humano enquanto força produtiva seria canalizado apenas para o que fosse útil, para o trabalho, reprimindo qualquer outro dispêndio de energia. Para Foucault essas deduções são ao mesmo tempo verdadeiras e falsas na medida em que concluir o inverso seria perfeitamente possível: o controle da sexualidade faria pouco sentido em uma época na qual a grande preocupação era o crescimento demográfico — quanto mais força produtiva, tanto melhor para a escala industrial. “Creio que se pode deduzir qualquer coisa do fenômeno geral da dominação da classe burguesa” (Foucault, 2005, p.38), ele pode suportar tanto a exclusão quanto a inclusão da loucura, tanto a proibição quanto a incitação à sexualidade precoce.

É preciso fazer o movimento ascendente e ver como nos níveis mais baixos da sociedade, no sentido de instituições afastadas do suposto centro do poder, certas práticas de agentes reais (a família, os médicos, o escalão mais baixo da polícia, etc.) começaram a se tornar economicamente lucrativas e politicamente úteis. O autor entende que não houve a burguesia que pensou que a loucura deveria ser excluída ou que a sexualidade infantil deveria ser reprimida, mas que lançou mão e foi se apropriando de mecanismos, procedimentos, instrumentos que em dado momento, a partir de prolongamentos, transformações, foram produzindo utilidade política e econômica, até que fossem utilizadas pelo sistema do Estado inteiro.

A burguesia não dá a menor importância aos loucos, mas os procedimentos de exclusão dos loucos produziram, liberaram, a partir do século XIX (...) um lucro político, eventualmente até certa utilidade econômica, que solidificaram o sistema e o fizeram funcionar no conjunto. A burguesia não se interessa pelos loucos, mas pelo poder que incide sobre os loucos; a burguesia não se interessa pela sexualidade da criança, mas pelo sistema de poder que controla a sexualidade da criança. A burguesia não dá a menor importância aos delinquentes, a punição ou a reinserção deles, que não tem economicamente muito interesse. Em compensação, do conjunto dos mecanismos pelos quais o delinquente é controlado, seguido, punido, reformado, resulta, para a burguesia, um interesse que funciona no interior do sistema econômico-político geral. (Foucault, 2005, p.39)

5. Por último, e fundamental para pensar nosso lugar nas ciências humanas, Foucault sinaliza que o poder só se exerce pondo em circulação um saber: métodos de observação, técnicas de registro, procedimentos de investigação e de pesquisa, aparelhos de verificação, ou seja, instrumentos efetivos de formação e de acúmulo de saber. Quando descreve o aparecimento-invenção das sociedades disciplinares, que vão se sobrepondo as sociedades de soberania, demonstra que sua base é essa justaposição do saber-poder. Diagrama que permite extrair dos corpos tempo e trabalho, através de um controle minucioso, vigilância contínua, realizando a sujeição constante de suas forças, produzindo uma relação de docilidade-utilidade. O alvo e o resultado do poder disciplinar sendo principalmente os indivíduos em sua singularidade. Uma nova economia de poder que ao mesmo tempo faz com que cresçam as forças sujeitadas e a eficácia daquilo que as sujeita, até porque durante esse controle extrai dos corpos um saber. Microfísica

fundamental para a implantação do capitalismo industrial e do tipo de sociedade que lhe é correlativo.

O autor expõe que processos disciplinares já existiam há muito tempo, mas no decorrer dos séculos XVII e XVIII tornaram-se fórmulas gerais de dominação, trazendo funcionamentos novos: o corpo não é controlado em massa, como unidade indissociável, é preciso chegar aos detalhes, “nenhum detalhe é indiferente, mas menos pelo sentido que nele se esconde que pela entrada que aí encontra o poder que quer apanhá-lo” (Foucault, 2009, p.135); a captura não se dá só em elementos significativos do comportamento, seus efeitos, mas na eficácia dos movimentos, sua organização interna, isto é, vai direto nas forças, nos processos. Coerção ininterrupta, constante, invisível, que esquadrinha ao máximo o tempo, o espaço, os movimentos.

Foucault afirma que o discurso da disciplina é alheio ao discurso jurídico, a lei, a regra como vontade soberana, e incide no campo da regra natural, da norma. Elas definem códigos de normalização, e se acomodam no horizonte teórico das ciências humanas, em vez do edifício do direito. Sua “jurisprudência” será a de um saber clínico que investe cada vez mais em uma espécie de discurso arbitro, uma espécie de poder-saber sacralizado por uma invenção de neutralidade científica.

O que quis mostrar no decorrer destes últimos anos não foi de modo algum como, na frente avançada das ciências exatas, pouco a pouco, a área incerta, difícil, confusa da conduta humana foi anexada à ciência: não foi através de um progresso da racionalidade das ciências exatas que se foram constituindo aos poucos as ciências humanas. Eu creio que o processo que tornou fundamentalmente possível o discurso das ciências humanas foi a justaposição, o enfrentamento de dois mecanismos e de dois tipos de discursos absolutamente heterogêneos: de um lado, a organização do direito em tomo da soberania, do outro, a mecânica das coerções exercidas pelas disciplinas. Que, atualmente, o poder se exerça ao mesmo tempo através desse direito e dessas técnicas, que essas técnicas da disciplina, que esses discursos nascidos da disciplina invadam o direito, que os procedimentos da normalização colonizem cada vez mais os procedimentos da lei, e isso, acho eu, que pode explicar o funcionamento global daquilo que eu chamaria uma “sociedade de normalização”. (Foucault, 2005, p. 45-46)

Durante um estágio extracurricular de psicologia clínica, em 2007, realizei atendimentos a crianças e adolescentes em uma ONG conveniada ao SUS, que recebia demanda espontânea da favela no entorno, e encaminhamentos principalmente de escolas da rede pública e da Pestalozzi (instituição filantrópica de saúde, assistência social e educação, voltada para a questão das deficiências). No primeiro atendimento, era necessário preencher uma anamnese com um dos responsáveis pela criança ou adolescente. Uma vez realizava essa primeira entrevista com o pai de uma criança, e uma profissional mais antiga me interrompeu, dizendo que a mãe precisaria vir, que eu teria que fazer tudo de novo porque os homens não sabiam responder aos detalhes das perguntas. A interrupção foi na frente do pai. Outra vez, uma mãe já impaciente me explicou que havia respondido todas aquelas perguntas, que ela já possuía uma ficha ali. Contactei a assistência social, setor responsável pela porta de entrada, e me explicaram que eram duas anamneses, primeiro com a assistência social e depois com quem fosse atender o caso. Com um filho portador de síndrome de down, provavelmente não era apenas o segundo, e nem seria o último, escrutínio a que ela seria submetida. Embora tivesse questões sobre esse instrumento de coleta de dados, e volta e meia precisasse lidar com seus desdobramentos, foi em um dia específico que passei a me angustiar mais agudamente, não só com a ficha em si, mas com o que seria a conduta de uma psicologia clínica.

Estava recebendo uma mãe com uma criança pequena, menos de 02 anos, com atrasos no desenvolvimento. Houve um problema no momento do parto, relacionado a falta de oxigênio, e devido as sequelas o garotinho fazia um acompanhamento multidisciplinar, de estimulação, e a mãe foi orientada a incluir um psicólogo ao tratamento. Enquanto fazia as perguntas para a mulher, a sala ia se travestindo em tribunal. As perguntas da anamnese iam se ramificando em uma busca pela origem dos problemas da criança. Essencialmente direcionadas a maternidade: questões sobre gravidez, pré-natal, amamentação, quando andou, quando falou (essas coisas que segundo a profissional da instituição, um pai não saberia responder). A mãe do garotinho me dizia um pouco irritada que fez seu pré-natal pelo sistema particular, que fez tudo certo, e que a gravidez era planejada, mas soube tarde demais que o hospital não era tão bom. Emitia uma irritação de quem estava habituada a responder pela deficiência do filho, daquele lugar reservado as mães, de ré. Porque todas aquelas perguntas culminavam em caçar um culpado!

Se nossos dispositivos de saber-poder não são jurídicos, mas investidos pela autoridade da normalização e da neutralidade científica, não significa que não sirvam para chancelar sentenças, alimentar culpabilizações, proliferar controles. E na atualidade, com o crescente processo de judicialização de todas as esferas da vida, também colaboramos diretamente com o poder judiciário através de nossa palavra e laudos técnicos que dizem a verdade: sobre o menino cumprindo medida

socioeducativa, sobre o preso, a criança, o drogado, etc. Foucault (2001) traz o escândalo da noção de periculosidade inventada no final século XIX: até então, os sujeitos eram considerados a partir de seus atos; com a nova noção de periculosidade o olhar sobre o sujeito será a partir do que ele poderá vir a fazer, ou seja, deve ser considerado no nível das suas virtualidades. O controle dos indivíduos não é mais em relação ao que eles concretizam, “mas controle de seu comportamento no momento mesmo em que ele se esboça” (Foucault, 2001, p. 67). Forma-se uma polícia da vigilância, constituída por psicólogos, psiquiatras, pedagogos, médicos, etc. Eles vão enquadrar os indivíduos, prevenir, medir, corrigir, suas tendências.

Foucault chama essa rede de poder de *ortopedia social* e essas instituições que produzem discursos e verdades sobre os sujeitos de *instituições de sequestro*. “Vigilância permanente sobre os indivíduos por alguém que exerce sobre eles um poder (...) e que, enquanto exerce esse poder, tem a possibilidade tanto de vigiar quanto de constituir, sobre aqueles que vigia, a respeito deles, um saber” (Foucault, 2001, p. 70). A questão não é mais um saber sobre o que se passou, mas sobre como um sujeito se encaminha para determinada direção, se segue ou não uma norma, se se conduz ou não para onde se deve, se progride ou não. Um saber de vigilância, um saber-poder que produz sujeitos, é o que o autor chama de exame. “O exame é a vigilância permanente, classificatória, que permite distribuir os indivíduos, julgá-los, medi-los, localizá-los e, por conseguinte, utilizá-los ao máximo. Através do exame, a individualidade torna-se um elemento pertinente para o exercício do poder” (Foucault, 2011, p. 107). É aqui que se constituem e se afirmam as ciências humanas autorizadas a conhecer, controlar e cuidar desses sujeitos.

O que Foucault nos deixa de fundamental é equivococar a neutralidade das ciências humanas. Se nos diferenciamos das ciências exatas — desdenhando de seu método de laboratório, acolhendo em contrapartida a nossa inexatidão e o caráter imprevisível da subjetividade — também possuímos nossos próprios dogmas diluídos em teorias que fabricam um determinado tipo de profissional e de assistido: O médico e seu drogado. O psicólogo e o louco. A pedagoga e o aluno. A assistente social e o pobre.

Psicologia,

O seu castigo é este:

Falar comigo quando chegar

Sentar na cadeira e me

Entrevistar,

Saber da minha vida e como

Será.  
O seu castigo é este:  
Me fazer perguntas  
E saber como estou,  
Quais os meus problemas  
A dor, o dilema  
O que me apavorou  
O seu castigo é este:  
Formar ideias, mas sempre  
Com as suas  
Saber se eu minto,  
Se a verdade é sua  
E como será o meu amanhã.  
O seu castigo é esse:  
Parar, pensar, dar seu  
Parecer,  
O que será que vai ser  
Será que o juiz também pensa  
O mesmo.  
(W. 21/08/2001) <sup>16</sup>

## 1.5. A Máquina Colonial:

Como último inciso desse primeiro capítulo, que indaga em seu subtítulo se nós perdemos o mundo — a questão é de Deleuze — retomo a imagem de Carolina Maria de Jesus. Sua herança escravocrata, sua vivência como negra e como mulher; a intimidade com as faltas e abusos de toda ordem, e ao mesmo tempo, sua força disruptiva. Venho aprofundar a questão racial-colonial que menciono nas passagens anteriores ao me referir ao Estado, ao público das políticas públicas e a produção de subjetividade que sustenta as engrenagens dos processos de exclusão social. Aqui, máquina colonial se refere a essa dimensão imprescindível das práticas de governo da população,

---

<sup>16</sup> Poesia feita por um “apenado” em homenagem ao psicólogo que o atendia, em 2001. Fonte: Psicologia na Prisão? Jornal do CRP-RJ, Rio de Janeiro, Jan./Fev. 2011. Disponível em: <http://www.crpj.org.br/site/wp-content/uploads/2016/05/jornal31-psicologianaprisao.pdf>. Acesso em: 02 fev. de 2021.

que não só mata os corpos negros, indígenas e não brancos, como também ordena nos espaços, valora, seleciona, organiza acessos a bens fundamentais como saúde, moradia, educação, trabalho.

Além das histórias dos usuários da saúde mental e da assistência social que testemunhei direta ou indiretamente, e busco trazer ao longo desse texto, outras se impõem. Cotidianas, exploradas pela mídia e pelas redes sociais para que as pessoas se sintam seguras (menos um bandido solto/vivo) ou benevolentes (#somostodosantirracistas). Expostas de maneira tal que esteja garantido que caíam gastas, desbotadas, na naturalização: meninos torturados ou encontrados pelas balas perdidas, não importa quando é uma criança — a pergunta paira, mas era ou não era bandido? Os corpos sufocados pelas redes de consumo, seja no Habbibs ou no Carrefour, o poder de extermínio parte da mesma matriz. Os corpos das mulheres sem anestesia nos hospitais, as altas taxas de violência obstétrica, os corpos que servem à doação (tráfico?) de órgãos, ou para as mesas do setor de anatomia dos estudantes de medicina que fraudam as cotas raciais. O menino de 06 anos de idade caído morto, da queda de vários andares, porque era negro e filho de empregada. Os mais vulneráveis na pandemia da Covid-19: Manaus sem oxigênio até para os bebês, a população em situação de rua, os que saem de moto ou bicicleta para entregarem no menor tempo possível a nossa alimentação #emcasa, enquanto postamos sobre o isolamento, horrorizados com o porteiro que usa a máscara abaixo do nariz. As filas assustadoras da Caixa Econômica Federal em nome de um benefício de R\$ 600,00 mensais, que a classe média acessa tranquilamente através de seus iPhones. As filas para receber cestas básicas. A economia que não pode parar... Junto da imagem de Carolina outras tantas ganham ou perdem nitidez de tão exploradas, habituadas. Insisto, quantas operações são necessárias para que algo se torne habitual?

Ocorre que atribuímos tais operações às instituições declaradamente contrárias ao discurso dos direitos humanos, ou escancaradamente classistas: geralmente a polícia militar, o sistema carcerário e todas as instituições públicas ou privadas de segurança, no primeiro caso; e o judiciário, a Direita, as mídias, no segundo. Entretanto, é necessária uma estrutura mais capilarizada para que o Estado e as práticas de governo matem e/ou desumanizem com tranquilidade. Escrever sobre relações raciais e colonialidade dentro de uma pesquisa que utiliza como intercessores autores da Filosofia da Diferença e da Análise Institucional, convoca a puxar as linhas mais sutis dessa capilarização. Antes de adentrar mais diretamente nas práticas das políticas públicas, trago como analisadores um acontecimento no campo da literatura e outro na universidade pública.

Em 2016 as críticas à Festa Literária Internacional de Paraty (FLIP) com relação a ausência de autores negros nas mesas principais ganharam maior consistência. Chamada irônica e acertadamente de “Arraiá da Branquidade”, o curador dos três últimos anos da edição se manifestou: “Fica como uma falha da programação, que nós reconhecemos e nos engajamos em



resolver. Assim como resolvemos a questão das mulheres, na medida da nossa possibilidade. Mas não podemos resolver sozinhos” (Werneck, 2016). O curador engajado diz mais: “A própria plateia da Flip tem essa mesma característica do Brasil. O país ainda está democratizando seu universo de leitura. A universidade brasileira, há pouco tempo, começou a ter uma nova cara, e acho que esse movimento vai chegar na Flip – na plateia da Flip. Mas é um processo em que temos de trabalhar juntos para que seja superado”. O curador engajado que nada tem a ver com o *aphertheid* cultural que se insere a literatura, porque a culpa é da história do Brasil, também diz que entraram em contato com negros (como Mano Brown e Elza Soares), mas que esses declinaram do convite.<sup>17</sup>

A professora Giovana Xavier, coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisas Intelectuais Negras/UFRJ e coidealizadora da Campanha #vistanossapalavraflip2016 com Janete Santos Ribeiro, escreveu uma Carta Aberta à organização, que reproduzo integralmente por se conectar organicamente com o que quero defender nesse capítulo:

***Carta aberta à Festa Literária Internacional de Parati  
Cadê as Nossas Escritoras Negras na FLIP 2016?***

*Em círculo, aprendi com Esmeralda Ribeiro que para Mulheres Negras, a palavra representa nossa “navalha”. E é de posse desta “palavra-navalha” que registro minha indignação frente à ausência de Autoras Negras na programação oficial da Festa Literária Internacional de Parati 2016.*

*Em um país de maioria negra e de mulheres, portanto de maioria de Mulheres Negras, é um absurdo que o principal evento literário do país ignore solenemente a produção literária de mulheres negras como Carmen Faustino, Cidinha da Silva, Elizandra Souza, Jarid Arraes, Jennifer Nascimento, Livia Natalia e muitas outras. Que naturalizando o racismo, a curadoria considere que fez sua parte convidando autoras da raça Negra que infelizmente não puderam aceitar o convite. A não procura de planos a, b, c diante destas supostas recusas relaciona-se à falta de compromisso político da FLIP com múltiplas vozes literárias nacionais e internacionais, conforme destacou a literata negra Cidinha da Silva, autora de Sobre-viventes, lançado este ano pela Editora Pallas.*

*Este silenciamento do nosso existir em uma feira que se reivindica cosmopolita, mas está mais para Arraiá da Branquidade, insere-se no passado-presente de escravidão, no qual a Mulher*

---

<sup>17</sup> Fonte: MURANO, Cauê. Centro de Estudos das Relações de Trabalho e Desigualdade - CEERT, 2016. Disponível em: <https://ceert.org.br/noticias/direitos-humanos/12285/flip-admite-falta-de-participantes-negros-e-cita-recusa-de-mano-brown>. Acesso em: 20 fev. 2021.

*Negra é representada, vista e tratada como um corpo a ser dissecado. Um pedaço de carne que está no mundo para servir. Um objeto a ser estudado e narrado pelo outro branco. Foi assim com Maria Firmina dos Reis, Mulher Negra do Maranhão, autora de Úrsula, o primeiro romance abolicionista da história do Brasil, datado de 1859 e que, embora reeditado pela Editora Mulheres em 2004, mantém-se desconhecido da maioria das pessoas.*

*Repetiu-se com Carolina Maria de Jesus, uma Mulher Negra. Mineira de Sacramento, a autora de Quarto de despejo: diário de uma favelada, de 1960, migrou para São Paulo onde trabalhou como empregada doméstica e catadora de papel. Carolina, que considerava “a favela o quarto de despejo da cidade”, priorizou em sua pena a humanidade e o cotidiano das pessoas negras. Uma leitura indispensável para se compreender a história das desigualdades de gênero, raça e classe no Brasil. O sucesso de Carolina e a visibilidade de sua obra, traduzida para dezenas de línguas como o japonês, não possibilitou que a intelectual tivesse sua condição de escritora respeitada, haja vista ter morrido pobre e esquecida pela opinião pública. A narrativa do biógrafo de Clarice Lispector acerca de Carolina como uma “empregada doméstica” “tensa e fora do lugar” representa de forma violenta e emblemática o confinamento das Mulheres Negras às representações racistas.*

*“Numa foto, ela [Clarice] aparece em pé, ao lado de Carolina Maria de Jesus, negra que escreveu um angustiante livro de memórias da pobreza brasileira, Quarto de despejo, uma das revelações literárias de 1960. Ao lado da proverbialmente linda Clarice, com a roupa sob medida e os grandes óculos escuros que a faziam parecer uma estrela de cinema, Carolina parece tensa e fora do lugar, como se alguém tivesse arrastado a empregada doméstica de Clarice para dentro do quadro. Ninguém imaginaria que as origens de Clarice fossem ainda mais miseráveis que as de Carolina”. (Benjamin Moser. Clarice. Rio de Janeiro: Cosac Naify, 2011.)*



*Em nome deste passado-presente, que também é acionado nas lamúrias da casa-grande frente à tortuosa regulamentação do trabalho doméstico, somos rechaçadas toda vez que assumimos papéis que para nós não foram pensados. No mercado editorial, que segue definindo a autoria como um lugar masculino e branco. Na academia, onde nossas pesquisas são desqualificadas como militantes (como se isso fosse um problema!). Nos editoriais de moda, que insistem em nos violentar com modelos brancas blackfaces. No confinamento à favela, à escravidão e ao trabalho doméstico nas telenovelas, salvo exceções que mais confirmam regras do que apontam para transformações. No desrespeito à nossa arte, como temos acompanhado na tentativa racista de boicote ao trabalho de Elza Soares.*

*O fato da organização da FLIP não assumir como prioridade indispensável a participação de escritoras negras nos cinco dias de evento faz parte do pacote de falas, movimentos e ações conservadoras que têm marcado a macro política nacional. O fato das 17 mulheres convidadas para o palco principal da feira serem brancas é parte de uma mesma obra. Um livro da supremacia branca, que se divide em muitos capítulos estruturados a partir das articulações entre racismo, machismo e transfobia. A composição ministerial do governo de Michel Temer, onde paira a exclusividade de homens brancos, cisgêneros, heterossexuais. As perdas irreparáveis como os cortes no Programa Bolsa Família. A criminalização do aborto. A extinção da Secretaria de Políticas para as Mulheres, da Secretaria de Políticas para a Promoção da Igualdade Racial assim como da dos Direitos Humanos. Se antes tínhamos pastas autônomas, hoje nossas pautas ficam sob a chancela do Ministério da Justiça e Cidadania, que historicamente tem tratado as Mulheres Negras como objeto da lei através de categorias desumanizadoras como, por exemplo, “mãe de menor”. Em meio a todo este cenário de retrocessos que atingem de forma drástica as Mulheres Negras do Brasil, a FLIP, ao nos invisibilizar como autoras e produtoras de conhecimentos significativos constitui-se como o epílogo deste livro que bem poderia se chamar Lições do Brasil Antidemocrático.*

*Em uma Feira Literária Internacional que em 2016 traz como tema a “mulher”, sem no entanto considerar a pauta prioritária dos movimentos transfeministas e feministas negros acerca das diversas experiências que definem o que é ser mulher, vemos-nos obrigadas a retomar a pergunta de 1851 da abolicionista afro-americana Sojourner Truth: “e não sou eu uma mulher?” Em um país em que 93,9% dos autores são brancos e 72,7% homens, a feira que podia representar um contraponto, posiciona-se na linha “mais do mesmo”, comunicando para seu público que o ato de ler e escrever não é para o nosso bico. Como uma Mulher Negra, pesquisadora da escrita e da história das Mulheres Negras, eu encerro com Esmeralda Ribeiro: “ser invisível quando não se*

*quer ser” (...) mas “a brincadeira agora é outra”. Somos humanas. Somos diversas. Somos visíveis. E como autoras e donas de nossas próprias histórias faremos valer a luta ancestral para que nossa palavra seja impressa, ouvida e respeitada.*<sup>18</sup>

Nos anos seguintes, parece que descobriram outros negros para chamar, porque além de Conceição Evaristo na mesa principal, e outros tantos autores e autoras negras de diferentes nacionalidades, encontramos na livraria oficial do evento uma cascata de obras negras em destaque, e principalmente, uma plateia negra como nunca foi presenciada ou cogitada como consumidora de artes e literatura. Paraty, cidade onde acontece a festa literária, que os turistas comparam a Veneza, tem o calçamento de pedras das suas ruas românticas assentados pelo sangue africano. Os indígenas que não foram dizimados também estão presentes na cidade, sentados nas beiras das calçadas do comércio do Centro Histórico para vender seus produtos aos turistas.

A fala do curador engajado oprimido pela história do Brasil me remete a reação das universidades públicas quando os alunos começam a provocar colegas e corpos docentes demandando bibliografia de autores negros. Costumam ouvir de volta: “Mas que autores negros?”, isso antes do reconhecimento de autores históricos caídos no ostracismo, tais como Abdias do Nascimento, Frantz Fanon, Virgínia Bicudo, Maria Beatriz Nascimento, Neusa Santos Souza, Lélia Gonzales, Audre Lorde. E antes do *boom* de autores tais como Kabengele Munanga, Achille Mbembe, Bell Hooks, Grada Kilomba, Djamilá Ribeiro. O único autor indígena que vi chegar a nossas mãos foi Ailton Krenak, e já em 2020. O apagamento indígena, mesmo aqui nessas páginas de protesto, é um dado do genocídio e do epistemicídio que reservamos aos povos originários.

A postura do curador remete ainda ao raciocínio de um professor que embarcou no discurso de um grupo de alunos do PPG/UFF, durante uma disciplina externa que cursamos juntos em sua universidade. Os alunos compartilhavam o quanto a convivência no PPG/UFF estava tensa, complicada, com as questões levadas pelos então alunos cotistas. Uma dessas questões, entre as quais a falta de diversidade nas referências bibliográficas e a reivindicação de uma porcentagem de bolsas do programa para as cotas, era a histórica ausência de professores negros nos quadros de ensino das universidades públicas. “Mas onde estão esses professores negros? Quando fiz concurso não tinha nenhum”, o professor resolveu a questão. *E por que não comem brioche?* Fiquei em silêncio, enquanto os alunos da minha universidade progressista criticavam a agressividade dos cotistas. Eles não poderiam saber que nem todos os corpos carregam a possibilidade de serem considerados delicados, meigos. Bem, não fiquei tão calada assim, saíram algumas linhas no bloco

---

<sup>18</sup> XAVIER, Giovana. Conversa de Historiadoras, 2016. Disponível em: <https://conversadehistoriadoras.com/2016/06/27/carta-aberta-a-feira-literaria-internacional-de-parati-cade-as-nossas-escriptoras-negras-na-flip-2016/>. Acesso em: 28 fev. 2021.

de notas do celular, que incluí na avaliação final da disciplina. Utilizo-as para compor esse capítulo com a mesma intenção da Carta de Giovana à FLIP:

***Confissões de um Intelectual Libertário*** (Escrita livre, 2017)

*Que o campo de pesquisa permaneça quieto. Para meu uso. Artístico, benevolente, diferenciado. Que fique ali no lugar de objeto, mas sem eu dizer que é objeto. Sou muito vanguarda, sabe. Trabalho com certos autores — europeus em sua maioria.*

*Que meu campo não levante a voz, a não ser quando eu der aval, enquanto finjo cartografar com delicadeza suas nuances. Só aguento os pequenos sustos. Para dar emoção a minha narrativa não-acadêmica-poética. Não quero só descrever as coisas igual esses pesquisadores cientificistas. Preciso do pitoresco dos acontecimentos inusitados. Mas na medida.*

*Só quero saber de La Borde e de Maio de 68. As explosões locais embaixo do meu nariz não são história, que fiquem fora da minha genealogia. Quem é essa gente feia e inadequada pra se colocar entre mim e Guattari?*

*Coloco tudo em análise, menos a mim mesmo. Minha voz foi ouvida a vida inteira, desde o jardim de infância, talvez isso me dificulte a escutar outras vozes. Quero-as domesticadas, palatáveis aos meus ouvidos sensíveis. Estivéssemos em 1500 e eu estaria dando espelhos aos índios. E depois faria uma bela análise de implicações me colocando em um lugar diferente dos portugueses.*

*Quem é essa gente contra minha noção de ética? Precisam de dinheiro para comer e ousam escrever, ousam falar? Não posso suportar. Há de se ter certos limites! Só aguento a pobreza se ela for paisagem. Acho até que vou usar cinema e fotografia na metodologia.*

*Mas nunca direi em voz alta. Porque em alguma parte de mim sei que os autores que idolatro têm algum problema com isso. Então preciso dizer outra coisa, e digo em muitas páginas — Introdução, Metodologia, Considerações Finais —, enquanto sigo aqui com práticas muito distintas.*

*Mas não me entendam mal. Eu amo meu objeto. Eu cuido do meu objeto. Eu dou voz ao meu objeto. Eu ajudo a garantir que... ele seja sempre um objeto.*

Embora possamos demonstrar com exemplos concretos que a produção de subjetividade é racializada-colonial, é perfeitamente esperado que o atravessamento raça nessa discussão seja ignorado ou minimizado. Justamente a função dessa produção: sua invisibilidade. Saindo da literatura e do ambiente de formação crítica dos mestres e doutores em Psicologia, voltemos as

políticas públicas. Ainda pegando o gancho da formação dos profissionais que trabalharão nesse campo, trago uma supervisão de estágio no curso de Psicologia/UFF, vinculado à rede de saúde mental de Niterói, na qual discutia-se o caso de uma moça internada na enfermaria feminina do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (HPJ). Algo era unânime entre os estagiários — a internação da jovem comovia a equipe do hospital, mobilizando-os em uma preocupação aflita. A supervisora, de psicanálise, indaga a estagiária negra: Por que a equipe está tão tomada por esse caso? Ela responde sem hesitar: Porque ela é branca.

“Foi a única vez que racismo foi falado explicitamente no estágio”, relata a estagiária quatorze anos depois, quando puxávamos pela memória momentos da nossa formação nos quais a questão racial ganhava relevância. “Era uma paciente loira, magra, totalmente dentro do estereótipo de beleza da *branquitude*, na sua primeira internação. E a equipe se identificou com ela”, explica. Identificar-se com alguém está para além do lamento, da pena. Geralmente, embora possam até se sensibilizar, as pessoas não se identificam com a criança negra esmolando no sinal (quando conseguem enxergar ali uma criança). A identificação parte de uma perplexidade, de considerar o outro como um semelhante, um sujeito — como pode aquele corpo naquelas condições! Dos desdobramentos possíveis que aquela supervisão possa ter tido, me interessa pensar com quem as equipes de saúde mental costumam se identificar, e ao mesmo tempo, quais são os corpos que vão se institucionalizando no hospício (ou nos abrigos da assistência social, embaixo das marquises, em locais sem saneamento básico) sem que haja muito alarde.

Recentemente, tenho ensaiado trazer as relações raciais como um analisador central das práticas de intervenção nas políticas públicas. Tomar a questão racial como centralidade em qualquer debate, suscita a tarefa de tecer uma série de ponderações. Pois prontamente profissionais, e pesquisadores, se defendem de uma discussão que lhes custaria colocar em análise os lugares que ocupam nas relações de poder. Relações que como nos ensina Foucault (2011) constituem qualquer campo do conhecimento. Mesmo entre aqueles com referenciais menos tradicionais e tendências políticas progressistas, difunde-se, nas entrelinhas, o discurso de que já se reconhecia a amplitude da problemática racial, então qual o motivo de tanta exaltação. Maria Aparecida Silva Bento (2002) nos ajuda a compreender essa pouca receptividade ao debate racial, através de seus estudos sobre a *branquitude*: o funcionamento de um grupo social que não se enxerga racializado, e ao mesmo tempo racializa e nomeia o Outro a todo momento. Para Bento (2013) essas pessoas têm formas particulares de exercer seu racismo, ou sua omissão diante dele:

Frequentemente têm um tipo de autoconceito que não lhes permite enxergar em si próprias traços de convivência com privilégio racial e

de cumplicidade com um sistema que marginaliza e viola os direitos de outros grupos. O debate em torno da discriminação racial só é aceito se o foco estiver sobre o negro; caso o debate envolva as relações raciais e conseqüentemente o branco, prontamente o debate é tido como alienado que desconsidera questões macros como o neoliberalismo, a classe, etc... e tudo passa a ser considerado a expressão de “um racismo às avessas”. (Bento, 2013, s/p)

A expressão “racismo reverso”, a ideia de que brancos são discriminados por negros, foi uma das falácias mais espalhadas nas redes sociais durante as polarizações dos debates eleitorais a partir de 2014, chocando intelectuais e profissionais minimamente situados no que significa racismo. Em uma leitura macropolítica, a partir de autoras como Djamila Ribeiro (2018), entendemos que para que haja discriminação racial é necessário um sistema estrutural de hierarquia entre grupos. Historicamente o grupo racial negro e o grupo indígena não ocuparam posição de superioridade em relação ao grupo racial branco. Exceções não contradizem a regra, isto é, pessoas negras em posições de destaque, por exemplo, não desmantelam um sistema social, econômico, político, cultural, que privilegia o grupo branco. Embora sirvam para que o sistema reprodutor de desigualdades se mantenha oculto.

Por falar em grupos raciais, estou fazendo referências a autores e conceitos que não fazem parte do escopo principal sobre o qual sustento essa pesquisa. Acabo de falar em sistema estrutural de hierarquia após descrever algumas páginas atrás, ponto a ponto, o diagrama de poder foucaultiano. Entretanto, me parece inócuo buscar intercessões entre teorias que de alguma maneira são divergentes, a fim de construir um capítulo harmônico. O que tenho estudado ao longo de toda a minha formação em psicologia não foi o suficiente para explicitar que as pessoas que têm acesso à educação, saúde e trabalho, as pessoas que ascendem socialmente, que são bem tratadas nos restaurantes, e entram nos museus, que podem chamar a polícia, que ocupam cargos de decisão em movimentos culturais como o Carnaval e o Jongo, que conseguem escrever os melhores editais, as pessoas que têm estatuto humano — elas compartilham uma cor majoritária.

Alguma teoria me resguardaria de provar que não estou renunciando aos intercessores que escolhi ao longo da minha formação, e que não virei inimiga das pessoas brancas, mas que coexiste nessas reflexões a náusea? A questão não pode ser colocada como ser ou não possível utilizar em uma tese referenciais que se contradiriam: por exemplo, se parto de Foucault e Guattari, como poderia citar autores que pautam racismo estrutural? Os números de corpos negros violentados são soberanos ao que eu gostaria ou não de utilizar como referências. A contradição é anterior, não

nasce da fusão de leituras de perspectivas opostas: grupo da representação social x grupo dos institucionalistas. A contradição está em produzir um conhecimento sobre ética e liberdade, sem colocar em análise até as últimas consequências os lugares os quais se ocupa. Pedro Gabriel Delgado (2011), ao historicizar o caráter de objeto do louco nas sociedades modernas, lembra de Hannah Arendt demonstrando que nossas ideias de democracia e liberdade foram pautadas sobre uma sociedade escravocrata. Ela se refere aos gregos, mas podemos extrapolar o exemplo para o posicionamento da intelectualidade frente ao que cada vez mais se escancara à nossa porta:

Esta expressão “a cena luminosa da política” é de Hannah Arendt, em sua descrição dos dois mundos em que se dividia a cidade grega, o mundo luminoso da Pólis e a região ignota e sombria onde viviam os escravos, as mulheres, as crianças (Arendt, 1987). A imagem dessa filósofa, que pensou agudamente os direitos e a cidadania, é a de que o cidadão – essa invenção grega – saía de sua casa pela manhã e atravessava um “muro invisível” que o transportava à ágora, à ação, à liberdade, ao dever, à construção do mundo, na luz da Pólis. Esse muro invisível de Arendt sempre me leva a outro argumento que me parece decisivo, de Cornelius Castoriadis, a ideia de que a democracia, a política como exercício da liberdade e construção do futuro e do bem comum nasceu na Grécia (uma sociedade escravocrata) como um gérmen (...) (Castoriadis, 1986, p.271). (Delgado, 2011, p. 116)

Os profissionais e pesquisadores que nomeiam o levante das pessoas negras como identitário, precisam ampliar suas análises sobre os lugares que ocupam. O dedo que aponta o outro como identitário, como se isso fosse uma desqualificação, não enxerga de onde parte. O horror ao identitário tem camuflado os privilégios da própria identidade da qual se goza, em segredo. Como explana Schwarcz (2020), há uma prisão da raça que atinge todos os negros em uma sociedade racista. Estereótipos que aprisionam seus corpos e limitam possibilidades. Os brancos recusam essa prisão: “Nenhum branco quer ser olhado de forma racializada, nenhum de nós quer ser limitado em nossas subjetividades, ou seja, nenhum de nós quer ser resumido em toda sua complexidade ao nome e nomeação “branco” (Schwarcz, 2020, s/p). Contextualizar o lugar da branquitude na história da construção das subjetividades no Brasil — você fala de um lugar, você tem um corpo, uma herança histórica — e não apenas partir do lugar do negro escravizado, do indígena laçado, assombra uma hegemonia cujo pacto de poder é permanecer invisível.



Por que não se percebe o grupo racial, que, de forma hegemônica, conduz as pesquisas no Brasil? A posição cômoda de sempre colocar em análise os problemas do Outro, o negro, pobre, favelado (...) O branco que busca se esconder a todo tempo, que se coloca como o padrão de humanidade desaterrada e imaterial, se sente violentado quando dizemos que ele sim tem um corpo. Mais do que isso, que para esse corpo existir, pesquisar e teorizar sobre os chamados Outros, uma série de violências e opressões têm que existir juntas e se atualizarem em suas vidas e pesquisas. (Penna, 2019, pp. 17-18)

Lima (2018) traz à torção que Mbembe faz no conceito foucaultiano de biopolítica, ampliando o debate para pensar a vida e a morte a partir de contextos coloniais e neocoloniais, conforme discutimos no tópico sobre a ratoeira estatal. “O holocausto deixa de ser o modelo paradigmático de genocídio de povos e populações. O processo de colonização e neocolonização e, conseqüentemente o extermínio das populações indígenas, dos povos autóctones e o sequestro e escravização dos povos de Áfricas passam a ser o centro do debate bio-necropolítico” (Lima, 2018, p.26). A autora afirma que pensar hoje todas as questões transversalizadas pela raça — considerando que mesmo sendo uma ficção do ponto de vista biológico, a ideia de raça se atualiza materialmente em corpos-subjetividades — aciona a noção de necropolítica como um importante analisador, principalmente no que tange a discussão do que seria a construção de uma vida coletiva, democrática, em contextos onde uma gramática sociorracial se sustentou sobre o mito da democracia racial e da cordialidade. Ela traz o antropólogo Kabengele Munanga em uma entrevista de 2017, discorrendo sobre o “racismo à brasileira”:

Todos os racismos são abomináveis, são crimes, mas eu achei que o racismo brasileiro é um crime perfeito partindo da ideia de um judeu prêmio [Nobel] da Paz que disse uma vez que o carrasco mata sempre duas vezes, a segunda pelo silêncio, e nesse sentido achei o racismo brasileiro um crime perfeito. É como um carrasco que você não vê te matando, está com um capuz; você pergunta pelo racista e você não encontra, ninguém se assume, mas o racismo e a discriminação existem. Esse racismo matava duas vezes, mesmo fisicamente, a exclusão e tudo, e matava a consciência da própria vítima. A

consciência de toda a sociedade brasileira em torno da questão, o silêncio, o não dito. Nesse sentido, era um crime perfeito, porque não deixava nem a formação de consciência da própria vítima, nem a do resto da população através do chamado mito da democracia racial [...] (Dantas, Ferreira, & Veras, 2017, p. 40 apud Lima, 2018, p.23)

Os mesmos profissionais/pesquisadores que chamam de ignorantes aqueles que defendem a ideia de racismo reverso, não percebem a própria postura defensiva quando a questão racial é levantada na interrogação sobre suas práticas de trabalho/pesquisa. Ao longo do período que estive como psicóloga na rede de saúde mental de Niterói, testemunhei em diferentes espaços — reuniões de equipe, reuniões intersetoriais, supervisões coletivas, apresentações de seminários, aula abertas — mudanças de um discurso exclusivamente psicanalítico para a inclusão dos saberes das políticas públicas. Apontar questões raciais, entretanto, era algo que custava um pouco mais ao emitente. A ética da psicanálise que tratava a singularidade de cada caso, resistia, como qualquer campo teórico, a outras naturalizações além de seus próprios códigos. Qualquer abordagem teórica carrega suas próprias verdades, que são aceitas no dia a dia das instituições de maneiras formal e informal: o jeito de relatar um atendimento, escrever no prontuário, transmitir um caso pelo telefone, se posicionar em uma supervisão. Algumas expressões informais são prontamente compreendidas e reproduzidas, por exemplo, “discurso empobrecido”, “discurso sedutor”, “paciente demandante”, “paciente esclarecido”. Mas se alguém diz “racismo”, os códigos se embaralham.

Em meus últimos anos de trabalho na rede, já era possível inserir a questão racial nos casos clínicos. Com parcimônia, sob o risco de ganhar colado ao nome a expressão “tudo para ela é racismo”. Há coisas que só a branquitude pode fazer sem ser olhada com desconfiança, como pautar qualquer tema que ache oportuno e aparentar neutralidade, isenção. Uma psicóloga negra que fala em racismo recebe um segundo olhar. Um incômodo é o que se tornam profissionais negros que resolvem se pronunciar a respeito disso, em qualquer lugar: no trabalho, na universidade, na vida. Muitos estão assombrados com a convivência de tantas pessoas ao discurso de morte do então presidente da república. O que me assombra, além disso, é o posicionamento dos profissionais e intelectuais do campo progressista, com relação a pauta racial.

Existe uma vasta literatura sobre o SUS, o Movimento da Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica — viradas paradigmáticas que viabilizaram o cuidado humanizado em saúde mental. Mas quantos desses textos tocam na herança colonial brasileira, na cor da pele dos internos e dos doutores da loucura? Santos (2018) no artigo “Saúde Mental da População negra: uma perspectiva não institucional” relata que quando era chamado para falar sobre saúde mental recorria, além da

sua própria experiência em CAPS, ao que aprendeu sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira: a problemática da loucura, suas representações sociais, sua institucionalização médica. Faço coro ao autor, que se apoiava nos estudos sobre a formação da instituição psiquiátrica no território europeu entre os séculos XVI e XVIII; sobre os primeiros serviços hospitalocêntricos brasileiros, que através do discurso de contenção da loucura, tinham a função de controlar além dos “anormais”, grupos de indivíduos não úteis à produção, dentre outras subjetividades dissidentes.

Santos percebe em suas pesquisas posteriores que os críticos da instituição psiquiátrica, os mentores e realizadores da Reforma Psiquiátrica, negligenciam a formação da subjetividade no contexto brasileiro. Subjetividade forjada na importação e adaptação de teorias científicas racistas da Europa, no sentimento de superioridade racial das classes, no ideal de branqueamento para a construção de uma sociedade civilizada; bem como a função da psiquiatria contra negros e mestiços. Para o autor, os textos tradicionais que discutem sobre a Reforma não mencionam:

o projeto de construção da República brasileira e da identidade nacional, com o “extermínio”, eliminação ou exclusão de negros e indígenas e, portanto, não abordam as modulações da subjetivação do corpo e da alma dos brasileiros diante da problemática que os negros colocavam para as elites e a intelectualidade construtora do futuro da nação. O debate da Reforma Psiquiátrica brasileira segue o padrão de ignorar as relações raciais e o gravíssimo problema de saúde mental da maioria da população brasileira, que é o preconceito racial, tal como já indicava, nos anos 1930, os criadores da Frente Negra. (Santos, 2018, pp. 243-244)

Com relação ao campo da assistência social, sua principal matéria de trabalho são os processos de exclusão social que têm como efeito não só a pobreza no sentido da ausência de bens econômicos, mas a falta de acesso a serviços e a direitos básicos. De acordo com a PNAS (2005, p.33) é público da assistência social cidadãos e grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade e riscos, tais como: perda ou fragilidade de vínculos de afetividade e sociabilidade; ciclos de vida identidades estigmatizadas em termos étnico, cultural e sexual; desvantagem pessoal resultante de deficiências; exclusão pela pobreza; dificuldade de acesso e outras políticas públicas; uso de substâncias psicoativas; diferentes formas de violência intra-familiar; inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal; estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social.

Há uma ênfase na desindividualização dessas problemáticas sociais, uma preocupação em contextualizar a questão da pobreza, apostar nas potencialidades das pessoas, desconstruir a forte culpabilização que quem se encontra em “vulnerabilidade social” é historicamente imbuído. Para alguns estudiosos, a vulnerabilidade refere-se à capacidade de respostas diante de situações de risco ou constrangimento. “Assim, a questão básica enfocada pelo conceito é a debilidade ou a força dos ativos que indivíduos, famílias e grupos dispõem para enfrentar riscos que implicam a perda de bem estar” (PNAS/SUAS, 2012, p.29).

Ainda que todos os serviços da assistência social possuam duplamente a atribuição de prevenir e proteger, os serviços no âmbito da Proteção Social Básica dão ênfase à prevenção do agravamento das vulnerabilidades sociais e do rompimento dos vínculos, ao passo que os serviços no âmbito da Proteção Social Especial destinam-se, fundamentalmente, a enfrentar as situações de risco social e pessoal, que, agravadas, levam à violação dos direitos. Seja qual for o nível de proteção, estes serviços e as equipes que os executam devem trabalhar proativamente, buscando conhecer as vulnerabilidades e riscos que incidem sobre o território e como se apresentam, na perspectiva de antecipar-se à ocorrência da violação dos direitos com iniciativas fortalecedoras da cidadania. (SEASDH/SASDG, s/a, p. 19)

Em 2016 participei de uma mesa em um evento na Escola de Serviço Social da UFF, organizado pela Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos de Niterói: “Denegrindo a Assistência: Olhares negros para práticas antirracistas”. O objetivo era pensar as relações raciais dentro da rede socioassistencial, já que historicamente nos cursos das principais profissões que compõe as equipes técnicas da rede (serviço social, psicologia, pedagogia, direito) a problemática racial não tem espaço. É contundente a invisibilidade da discussão racial nos cursos das ciências humanas, nas entrevistas que realizei com os trabalhadores das políticas públicas incluí perguntas sobre racismo no cotidiano de trabalho e muitos profissionais relatam que é recente a percepção de que há algo que extrapola o que durante anos nas ciências humanas é lido como uma luta de classes. Escolha de autores, ênfase em determinadas abordagens teóricas, são construções que envolvem extensas disputas políticas no panorama de cada curso. As ações afirmativas que viabilizaram a entrada de outros atores nas universidades, também disputam essas narrativas e inauguram novos desafios para a educação.

A Política de Assistência Social constrói suas diretrizes a partir dos conceitos de vulnerabilidade, risco social, rompimento de vínculos, violação de direitos, desenvolvimento de potencialidades, prevenção, matricialidade sociofamiliar, proteção social... Na materialização da política, que contornos ganham esses conceitos na lida com seu público-alvo? Quais as condições de um trabalho social com as famílias, com adolescentes em abrigo, com pessoas em situação de rua, a partir de uma leitura parcial sobre a pobreza? E não raro, sem enfrentar o racismo internalizado dos profissionais? Os trabalhadores olham para os meninos que cumprem medida socioeducativa e veem que eles têm cor, não é que isso seja invisível. Mas o trabalho realizado é feito levando em consideração ausências paternas, o desejo pelo consumo, a urgência de arrumar um trabalho para o menino sair do tráfico, convencê-lo a estudar para ser alguém na vida, etc. São análises e intervenções que ignoram as forças que produzem determinadas situações, e incidem sobre os efeitos que se julga importantes.

Em 2008 fiz um estágio curricular na antiga Central de Medidas Socioeducativas em meio aberto de Niterói, quando ainda não era o CREAS que recebia essa demanda no município. Os meninos, quando não ficavam em silêncio, diziam em poucas palavras o que gostaríamos de ouvir. Trabalhando no assessoramento técnico das equipes da rede socioassistencial, ou dialogando como técnica da saúde com colegas da assistência, é comum ouvir sobre o silêncio ou a hostilidade desses usuários. Onde começa esse silêncio que nos é endereçado? Penso nos adolescentes silenciosos/silenciados nas escolas aprendendo sobre as civilizações brancas e suas conquistas, e aprendendo que eles são descendentes de escravos (não de um povo, de uma civilização, sequer de humanos, mas de escravos), ou que o negro foi escravizado porque os índios não trabalhavam.

Penso no quanto a Lei 10.639/2003 que estabeleceu a obrigatoriedade do ensino de história e cultura afro-brasileira no ensino fundamental e médio, e cinco anos depois a Lei 11.645/2008 que acrescenta a história e a cultura indígena <sup>19</sup>, não se materializam ou ficam a cargo somente de professores negros. Penso na cor e nos corpos das meninas eleitas as mais feias da sala, no tráfico de drogas como oportunidade de acessar uma sociedade onde quem não pode consumir é um perdedor. Penso no racismo que as crianças vivenciam em sala aula, depois nos aparelhos de

---

<sup>19</sup> “Os mais diversos setores do Movimento negro Brasileiro através de estratégias, negociações, ponderações e alianças protagonizaram a formulação da Lei 10.639/2003 e o apoio decisivo, cinco anos depois, à Lei 11.645/2008, esta, por sua vez, um resultado das articulações dos povos indígenas. As referidas Leis instituíram a mudança do Art. 26-A da Lei 9.394/1996, a Lei de diretrizes e Bases da educação nacional (LDB). Portanto, ficou estabelecido que os estudos de Histórias e Culturas Afro-Brasileira, Africana e indígena são obrigatórios em todas as modalidades de ensino e níveis de educação. Daí, o Plano nacional para implementação das diretrizes Curriculares nacionais para educação das Relações étnicorraciais lançado em 2008 surgiu para subsidiar, apoiar e regulamentar as ações em prol da modificação das relações étnicorraciais na sociedade brasileira”. (Nogueira, 2011, p.10).

proteção à infância e a adolescência, e mais tarde no fuzil do Estado. Quem são os guardiões dos descendentes dos escravizados? O que sabem sobre eles? Existem muitas maneiras de aniquilar um corpo, antes de chegar a sua morte biológica. Nega-se a história, ataca-se a autoestima, ridiculariza-se os desejos, demoniza-se a espiritualidade, desumaniza-se as dores, incita-se o auto ódio.

Apesar das pesquisas de militantes e intelectuais negros sobre as consequências do racismo para a população, apesar das pesquisas de intelectuais negros contemporâneos, de trabalhadores negros da saúde na pós-graduação, e de diversas vozes fora da academia, trazendo a questão da saúde mental da população negra, o entendimento sobre a problemática racial ainda se reduz a conscientizar os profissionais de que racismo é algo censurável. Bento (2013) ajuda a compreender que essa ideia de que ações racistas são esporádicas, ocasionais e frutos do desatino de um ou outro fanático, ocultam o caráter estrutural do racismo à brasileira. É uma constatação da eficácia da máquina colonial que, em 2020-2021, ainda seja discutível tomar as consequências de três séculos de escravidão como relevantes para as práticas na atenção psicossocial e na assistência social.

Atuar nas políticas públicas, ter como matéria de trabalho subjetividades produzidas em contextos de exclusão, traz responsabilidades das quais trabalhadores e pesquisadores não podem se furtar. Inclusive os defensores dos direitos humanos, os que militam em prol da reforma psiquiátrica, os queridos pelos seus “assistidos”, os que têm as melhores intenções. Recolho ao longo dos anos falas de usuários que não me deixam descansar no lugar da benevolência, armadilha comum a quem trabalha junto as camadas empobrecidas da população. Substituímos o discurso da bondade por “ética de trabalho”, “compromisso social”, “militância”. E de alguma maneira deixamos a salvo esse nosso lugar — do bom “doutor” que ajuda aos mais necessitados. Mas os usuários, especialmente aqueles mais difíceis de abordar/tratar/acolher, em alguma medida sabem/intuem/sentem o engodo da idoneidade do especialista. Talvez saibam que somos os colonizadores de ontem:

Os colonizados sabem, a partir de agora, que têm uma vantagem sobre os colonialistas. Sabem que os seus ‘amos’ provisórios mentem. Logo, que os seus amos são fracos. E, porque hoje me pedem que fale da colonização e da civilização, vamos direito ao embuste principal, donde proliferam todos os outros. Colonização e civilização? A maldição mais comum nesta matéria é deixarmo-nos iludir, de boa fé, por uma hipocrisia colectiva, hábil em enunciar mal os problemas para melhor legitimar as soluções que se lhes aplicam. Equivale a dizer que o fundamental, aqui, é ver claro, pensar claro – entenda-se,

perigosamente –, responder claro à inocente questão inicial: o que é, no seu princípio, a colonização? Concordemos no que ela não é; nem evangelização, nem empresa filantrópica, nem vontade de recuar as fronteiras da ignorância, da doença, da tirania, nem propagação de Deus, nem extensão do Direito; admitamos, uma vez por todas, sem vontade de fugir às consequências, que o gesto decisivo, aqui, é o do aventureiro e do pirata, do comerciante e do armador, do pesquisador de ouro e do mercador, do apetite e da força, tendo por detrás a sombra projectada, maléfica, de uma forma de civilização que a dado momento da sua história se vê obrigada, internamente, a alargar à escala mundial a concorrência das suas economias antagônicas. (Césaire, 1978, p. 14)

É imprescindível repensarmos sobre quais universais se fundam nossos conceitos do que é subjetividade, humanidade, saúde; sobre quais padronizações se sustentam a nossa escuta; nos atentarmos para o acesso e a permanência das pessoas negras nos dispositivos de tratamento. Um olhar que racialize a dinâmica dentro das equipes de saúde notaria a proporção entre profissionais brancos e negros, e quais cargos as pessoas negras costumam ocupar. A olho nu, vê-se a cor majoritária de quem limpa os banheiros dos serviços, assim como a cor de quem prescreve as medicações.

O racismo é um dos principais organizadores das desigualdades materiais e simbólicas que há no Brasil. Ele orienta modos de perceber, agir, interagir e pensar e tem função social específica: a estratificação racial e a perpetuação do privilégio do grupo racial branco, ou seja, **por meio de processos econômicos, culturais, políticos e psicológicos, os brancos progridem à custa da população negra** (Hasenbalg & Silva, 1988). A população branca brasileira é detentora do capital financeiro, do poder político, de melhores níveis de escolaridade, melhores remunerações, melhores condições de acesso a trabalho e estudo, maior reconhecimento profissional (Jaccoud, 2009), além de ter condições de maior segurança pública e de configurar-se como padrão de beleza e confiabilidade. Em outras palavras, o racismo perpetua o(a) negro(a)

como pobre, subalterno(a), inferior e o(a) branco(a) como ideal, portanto, **o racismo coloca em xeque a noção de mérito: não é simplesmente por esforço pessoal que a população branca ocupa esse lugar, ela o tem herdado historicamente.** (CFP, 2017, p.26, grifos nossos)

Abdias do Nascimento (1980/2019) nos alerta sobre como a Lei Aurea (1888), longe da anunciada libertação da escravidão institucionalizou a marginalização do negro, alijando-o do trabalho livre e de uma existência digna. No início da constituição do Brasil República, nos últimos anos da escravatura, com medo de um levante da população negra e buscando embranquecer a população, para limpar a mácula negra do país — associada a selvageria, imoralidade, degeneração, impureza —, as classes dirigentes lançaram mão de estratégias de imigração maciça de brancos europeus, com diversas facilidades como o ganho de terras, com títulos de propriedade, e postos de trabalhos valorizados, sem exigência de qualificação profissional.

Um episódio cru e simples na história da espoliação do africano e seu descendente, sumariamente excluído, violentamente expulso da classe trabalhadora. Todos os velhos barões latifundiários da cana-de-açúcar, do algodão ou do café, ou da borracha; os grandes comerciantes, os proprietários de terras improdutivas, os industriais e os banqueiros - toda a aristocracia rural e empresariado urbano - , todos foram e são de origem ário-européia (...) E enquanto os negros permanecem na base da escada social, durante quatro séculos, os imigrantes brancos que chegaram ao país em algumas décadas (...) ascendem rapidamente a escala social e de todos os poderes, seja o econômico, o político ou o cultural. (Nascimento, 1980/2019, p. 428)

Ao contrário dos dispositivos da assistência social, tais como CRAS, CREAS, abrigos para crianças, abrigos para adultos e famílias, centros para população em situação de rua, que está posto que trabalham com a parcela mais pobre, e em condições de miserabilidade, da população, pode-se levantar a questão de que a população atendida nos dispositivos da saúde mental não é expressivamente composta por negros. Sabemos que como efeito da miscigenação — em decorrência dos estupros, da política de branqueamento do pós-abolição, ou por escolha — entre negros e brancos existem nuances de fenótipos. Quanto mais próximo das características negras,



mais racismo e exclusão de direitos; quanto mais distante, mais próximo do ideal de confiabilidade, mais chances de conseguir emprego, e de acessar serviços. Nesse sentido, é função da gestão dos serviços públicos se perguntar sobre qual público não está acessando seus serviços. Existem dispositivos de saúde mental que conseguem manter bem seus atendimentos a “pacientes esclarecidos”, pessoas da classe média, mas não conseguem organizar sua porta de entrada para ampliar acesso à população mais vulnerável.

E, quando os mais vulnerabilizados rompem barreiras e conseguem chegar, são embarreirados no próprio local que deveria acolhê-los. Encontram por vezes equipes que só reconhecem uma linguagem, um modo de organização familiar, um modo de viver. Cristalizadas em uma clínica que não dialoga com o que foge a seus escrutínios, tudo que escapa ao que ela conhece, é rotulado de “empobrecido”, “destitutivo”, “resistente”. Se queremos saber a eficácia de um serviço público de saúde mental dirigido a infância, por exemplo, cabe perguntar as crianças negras em situação de rua se elas acessam esse local. E se acessam, como são tratadas.

É comum a cena do profissional falando baixo, agarrado a seus protocolos e um usuário perdendo a cabeça, gesticulando, xingando. A óbvia violência dessas cenas, mas quem é violento? Responderei sempre que o Estado, mas sem retirar nossa responsabilidade, enquanto profissionais, na operacionalização dessa máquina de desigualdades e controle. Quem é o paciente difícil, tenho perguntado ao longo dessa pesquisa, e defendo que são chamados de difíceis aqueles que colocam em xeque o funcionamento dos dispositivos. Não melhoram, não falam baixo, inflamam outros usuários. Geralmente são indicados para acompanhamentos individuais porque comprometem a estabilidade mortífera de alguns grupos terapêuticos. Talvez reconheçam em nós cuidadores uma cumplicidade com a máquina do sistema que lhes mói a existência. “Paciente altivo”, outro termo naturalizado em algumas equipes de saúde, para mim é aquele que chega no serviço sem abaixar a cabeça e sem exalar gratidão, é aquele que questiona.

Por que alguns usuários não se sentem bem ou não aderem ao acompanhamento nos serviços que em princípio foram criados para eles? Na assistência social se fala muito em rompimento de vínculo, até para caracterizar serviços de prevenção, de média ou de alta complexidade; na saúde mental, é através do vínculo que se possibilita estabelecer ou não um tratamento. Mas o que sabemos sobre vinculação é baseado em quê? Será que de fato nos descolamos do modelo da família branca mononuclear burguesa? Talvez a juventude negra e pobre pudesse nos ensinar um pouco sobre como se vincular. Como se manter vivo. Meus amigos não sabem como se manter vivos nos quatro anos de governo Bolsonaro. Existem meninos e meninas que sobrevivem à rua, eles têm alguma coisa para nos ensinar?

**Ele é novo lá no serviço e não sou oficialmente sua referência.** Mas é daquelas pessoas que se recebem atenção te tornam um pouco referência. Deu de aparecer no grupo de música que faço na terça-feira à tarde. Hoje me chamou da porta enquanto eu estava numa reunião. Distraída, atabalhoada, com uma caixa de prontuários na mão fui dizer que não podia naquela hora. "É rápido, só um minuto". Sempre que olho pra figura dele vejo a cor da pele. Não é assim com os outros tantos negros usuários daquele serviço. É assim no encontro com ele. Depois eu vejo a loucura. E os olhos muito estrábicos. Os dentes para fora, um pouco contidos por um aparelho. É inevitável a curiosidade de como ele acessou um dentista. A marca da pobreza. As chagas. Um terço de plástico no pescoço, que não tem nada a ver com ser católico. "Tudo bem, estou aqui". "Se você puder escolha uma música pra mim na terça que fale disso...". Passou uma das mãos ao longo do braço. Fiquei olhando, parada. Estou voando pensando na cor de outros andarilhos relegados à doença mental. "Escolhe uma música que fale da minha pele. Em qualquer língua, que eu vou saber. E escolhe pra esses brancos saberem também". Há uma dimensão incomunicável que as vezes se abre. Não codificável. Não tem nome. E talvez não seja teorizável. Talvez nem mesmo exista. Mas por enquanto, eu chamo de encontro. "Pode deixar, até terça". (Escrita livre, 2018)

A luta pela afirmação da humanidade negra está presente desde o período escravagista. Fugas, suicídios, assassinato de senhores e capatazes, rebeliões, a República dos Palmares, a Revolta dos Alfaiates, a Balaiada, a Revolta dos Malês. Bento (2002) aponta ao longo da história essas diferentes modulações de lutas: resistência individual, insurreições urbanas, quilombos, organização de modelos democráticos de articulação social, econômica e política. O Movimento Negro desde a abolição da escravatura, perseguido durante as duas ditaduras, tem exposto o racismo didaticamente para toda a população e o enfrenta em várias instâncias — política, econômica, jurídica, educacional, cultural. Apesar das barreiras escolares e acadêmicas, intelectuais negros produzem pesquisas sobre diferentes aspectos da herança colonial. Múltiplos coletivos não institucionalizados se levantam contra o genocídio das vidas negras, como os movimentos de

mulheres que perderam seus filhos assassinados pela violência policial do Estado e arriscam suas vidas denunciando o estado de terror em que vive a população.

As reflexões aqui tecidas não se encaminham para a esperança de um Estado antirracista que garantirá direitos a todos os seus cidadãos. Como venho afirmando, a morte, o terror, a tortura, a pilhagem e o controle estão na base de toda constituição de governo. Nas raízes das organizações do poder estatal, há a máquina colonial sempre reinventada. O que chamamos de civilização, sociedade, foi fundada sobre o genocídio indígena, a escravização dos africanos, o estupro e a servidão das mulheres, o desmatamento do planeta, o encarceramento, a tortura e o desaparecimento político. A reserva de matéria prima e mão de obra dos países colonizados foram a condição para a acumulação primitiva que viabilizou o advento e a sustentação do capitalismo (Federici, 2017). Os países ditos desenvolvidos, os quais brasileiros elogiam sua civilidade, além de nos saquearem, exterminarem, patrocinarem nossos regimes ditatoriais, ainda exportam para cá a miséria que todo regime capitalista produz.

Mesmo que sem ilusões sobre um Estado antirracista, um capitalismo sustentável, avalio que as populações negras, indígenas e seus descendentes, em sofrimento socioeconômico e psíquico têm pressa. O que alcançamos é o presente: “Cabe a cada um levar de onde se encontra os enfrentamentos que se fizerem necessários” (Ana Karenina, 2018, banca da qualificação). Assim, interessa chamar as equipes técnicas à desconstrução de um olhar colonial. Urge no cotidiano de quem trabalha na assistência a população, interrogar suas práticas e ferramentas de trabalho. Procurar na certeza da ajuda que se oferece ao outro, a herança colonial. Aprofundar a análise sobre a naturalização do uso das dores e da miséria do outro para se promover enquanto bom profissional/pesquisador. Afeita a direção de trabalho da rede de saúde mental de Niterói, compreendo que a clínica psicossocial seja algo que diga respeito as singularidades. O que não significa dizer que ela paire sobre o mundo. Faz-se clínica com sujeitos concretos, históricos, e no presente. Os psicanalistas me ensinaram que o que ignoramos, costuma virar sintoma. Não seria o racismo um dos grandes sintomas das equipes de saúde?

Inserir a problemática racial como questão primordial nos dispositivos de saúde e assistência que acolhem a população, não é um trabalho a mais, é o trabalho de quem está na política pública. Tenho deixado algumas perguntas como reflexão nas mesas que venho participando desde 2018, que inserem as relações raciais nos processos de produção de subjetividade, sem a pretensão ou a capacidade de respondê-las: • Como profissionais brancos podem acompanhar meninos e meninas pobres e não brancos evitando reproduzir racismo, apesar do racismo estrutural? • Como trabalhadores negros e indígenas dos equipamentos podem cuidar de sua saúde mental, uma vez que além de tentarem dar conta desse problema atendendo a população, também são alvo de racismo em

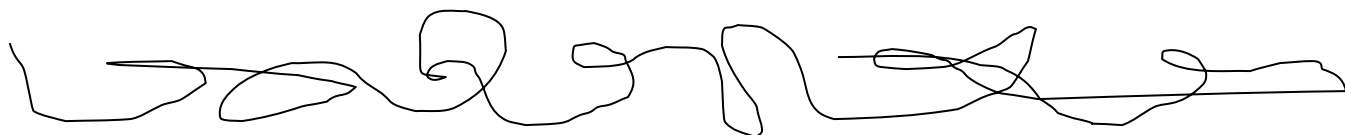
suas equipes? • O que podemos fazer quando constatamos a existência do racismo em nós? • É possível ser antirracista fora do discurso, no dia a dia?

Uma civilização que se revela incapaz de resolver os problemas que o seu funcionamento suscita, é uma civilização decadente. Uma civilização que prefere fechar os olhos aos seus problemas mais cruciais, é uma civilização enferma. Uma civilização que trapaceia com os seus princípios, é uma civilização moribunda. A verdade é que a civilização dita ‘europeia’, a civilização ‘ocidental’, tal como a modelaram dois séculos de regime burguês, é incapaz de resolver os dois problemas maiores a que a sua existência deu origem: o problema do proletariado e o problema colonial; que, essa Europa acusada no tribunal da ‘razão’ como no tribunal da ‘consciência’, se vê impotente para se justificar; e se refugia, cada vez mais, numa hipocrisia tanto mais odiosa quanto menos susceptível de ludibriar. A Europa é indefensável. (Césaire, 1978, p.13)

A Europa não é só indefensável, ela é o nosso objeto de desejo, modelo de pensamento, o nascimento das práticas em Psicologia. Algo que guardamos tanto no intelecto, quanto no coração. Entretanto, existem outros continentes existenciais. A cena do rapaz que alcançaria uma música sobre sua cor em qualquer língua, posto que há entendimentos que não passam pela palavra, nos ajuda a não esquecer que apesar do extermínio explícito e velado, da violência material e simbólica, das distorções históricas, das políticas de branqueamento e de morte, do epistemicídio na produção acadêmica, do silenciamento, há algo que mais do que resiste, existe, respira e cria.

## ENTRADA 2

### MICROmacroPOLÍTICA: ACREDITAR EM QUAL MUNDO?



Vem por aqui, há mais entradas! Te convido a espiar através das práticas. Acontecimentos desimportantes do cotidiano dos serviços de saúde mental e assistência social, encontros entre equipes técnicas e seus usuários mais difíceis. Nos aproximaremos um pouco mais do que viemos questionando-desconstruindo, nos afastando do engodo da crítica destrutiva-individual, para compreender a montagem do dispositivo da *problematização*. Afirmaremos a multiplicidade e os paradoxos, sustentando nossas questões, sem, no entanto, apagar as suas contradições. Olha! Chegamos a um serviço de saúde mental. Caso tenha medo da loucura ou do que orbita seu entorno, saiba que os usuários do serviço só chegarão mais tarde, agora é a hora da nossa reunião de equipe. Além de algumas situações de urgência que pipocam no portão, nesse momento permanece apenas a equipe de saúde e sua suposta normalidade. Gente normal não te assusta? Bem, puxe uma cadeira, se quiser pegue um café. Cafeína é item garantido nessas reuniões, com bastante açúcar.

## 2.1. “Aqui dentro a senhora manda, lá fora a rua é nossa”:

Após uma das reestruturações da equipe do Consultório na Rua<sup>20</sup> de Niterói, a partir de um processo seletivo simplificado temporário, a coordenação e alguns técnicos participam da reunião de equipe de um serviço de saúde mental para se apresentarem e repactuar uma parceria mais próxima. O coordenador, um homem bem articulado, também supervisor na saúde mental do município do Rio, enche a sala com sua voz firme. Fala sobre *redução de danos*, aponta a necessidade das outras unidades da atenção básica se apropriarem do cuidado à população em situação de rua, na medida em que o consultório na rua deve produzir acesso a saúde para essa população, e não se transformar em um ambulatório de atendimentos pontuais. A equipe da saúde mental parece ouvir com expectativas — precisávamos afinar uma ponte de comunicação para melhor acompanhamento de nossos usuários, e de algumas coisas aparentemente mais simples, como um número de telefone institucional que funcionasse. O coordenador continua sua exposição, dizendo que começariam *cartografando* onde estava a população em situação de rua na cidade para estabelecerem frentes de ação, e que contavam conosco para *cartografar* a população do território ao nosso entorno. A equipe poderia até ser nova, mas o dispositivo do Consultório na Rua em Niterói data de 2010<sup>21</sup>; quando ouço a palavra cartografar pela segunda vez, minha paciente Donana sequestra meus pensamentos.

Menciono o viaduto a alguns metros de nós, onde igrejas e guarda municipal comparecem oferecendo o que têm — seja comida, moralização, salvação ou truculência. Falo do ferro velho mais adiante, ao lado do Supermercado Extra, no qual as pessoas sobrevivem a duras penas enquanto se endossa um discurso sobre a gravidade da violência na cidade; lembro dos dois abrigos municipais ao lado do Extra, nossos interlocutores na assistência social, que também são de competência dos consultórios na rua. Acrescento o quanto os usuários da saúde mental costumam ser maltratados na unidade fixa do consultório na rua, porque não chegam adequados aos parâmetros exigidos pela saúde, quando tais equipamentos em teoria seriam de baixa exigência.

---

<sup>20</sup> A estratégia Consultório na Rua foi instituída em 2011, pela Política Nacional de Atenção Básica, objetivando ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, ofertando, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional. (Secretaria de Atenção Primária a Saúde/ Ministério da Saúde. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_consultorio\\_ rua.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_consultorio_ rua.php). Acesso em: 02 jul. 2018).

<sup>21</sup> Em Niterói o primeiro dispositivo chamava-se Consultório de Rua e era atrelado a rede de saúde mental de Niterói seguindo as diretrizes da Redução de Danos. Em 2014 passa a integrar a atenção básica enquanto Consultório na Rua, com diferenças estruturais e de direção de trabalho.

Unidade localizada em um prédio no qual algumas pessoas não conseguem entrar, achando que não é para “gente como elas”. Naquela ocasião, estava estafada de conversas, interessada nas práticas desencontradas das ideias trocadas em reuniões, auditórios e coletivos acadêmicos de estudo. Estava implicada com o caso de Donana.

Donana estava há mais de um ano em situação de rua, sem desejar estar, ao contrário de pessoas que teriam a rua como uma “opção” de moradia — essa é uma discussão complexa no campo da atenção a essa população. Foi necessário um trabalho fino para fazê-la chegar até o consultório na rua a fim de cuidar de sua saúde clínica: tosse excessiva, micose no dedo da mão, questões ginecológicas. Quando conseguiu passar pela consulta médica, continuamos o processo de auxiliá-la a fazer os exames solicitados, construindo com ela: onde dormir para acordar cedo e ir a pé sem perder a hora dos exames: 7h da manhã com entrega de senha; como evitar chegar intoxicada de álcool ou cocaína no local; qual banheiro usar para colher a urina e as fezes sem contaminação: o do local onde dormiria (Terminal Rodoviário) ou da própria Policlínica onde faria os exames? (a orientação era da primeira urina da manhã); almoço.

Ela consegue chegar à Policlínica onde colheria os exames, após uma complexa organização envolvendo uma memória falha, dúvidas se era mesmo importante cuidar do corpo, atenção aos papéis de pedido de exame, esforço para não beber na noite anterior, e as limitações práticas de quem mora na rua. A mandam voltar, burocraticamente, porque chegou atrasada. A princípio, dependendo do contexto, não é um problema deixar de atender a demanda de um usuário. A rotina dos serviços está submetida a uma série de questões que fogem ao controle dos técnicos, como por exemplo o horário que o *motoboy* busca os exames para levar ao laboratório. O problema está em como transmitimos certas negativas ao outro; na frequência com que determinados grupos recebem automaticamente portas na cara de lugares criados para atendê-los. O problema está em como tratamos as pessoas. Donana não é a única a vivenciar esse tipo de situação, o que aponta para a institucionalização de certas práticas, e não para experiências individuais que seriam pontuais em um ou outro caso.

Chega então ao CAPS-ad aos berros, dizendo que não faria mais os exames, não colheria escarro e que morresse de tuberculose se fosse o caso. Ela cospe as palavras com raiva, dando voltas aleatórias pelo pátio, me chamando de “VOCÊS”, me conectando ao local no qual estive aquela manhã. Ela sabia que também faço parte dessa Saúde. E não faço? Quando foi possível recuperar a aposta dela em nós da saúde, Donana retorna à Policlínica, que fica no mesmo prédio do Consultório na Rua, acompanhada pelo CAPS-ad — sua técnica de referência encontra com ela às 7h no Terminal Rodoviário onde dormiria naquela noite, e vão juntas realizar os exames. Com o tempo, a partir do diagnóstico de pneumonia, entramos na etapa de auxiliá-la a seguir o tratamento

médico. Quanto a situações que não são tomadas pela mão, quanto a um fluxo que deveria existir entre saúde e saúde mental, é esse o ponto de nossas inflexões. E da dificuldade de permanecer otimista em uma reunião porque um coordenador novo tem um discurso interessante sobre redução de danos.

Donana tem a fama de ser resistente a se vincular a acompanhamentos que dizem querer cuidar dela. Nós duas sabemos, entretanto, que o buraco é mais embaixo. Com a assistência social, rede indispensável para compartilhar seu cuidado na rua, o diálogo era cheio de ruídos: “Doutora, eu fui lá igual a senhora mandou. E nunca mais volto!”. Ela se referia ao Centro-Pop (Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua). Após sistemáticas discussões sobre o caso com a coordenação do equipamento (2017), pactuamos que Donana também seria acompanhada lá, a fim de construir outros projetos de moradia, talvez um retorno posterior para o abrigo, do qual foi “desligada” ao ultrapassar limites, a despeito das conversas e avisos de sua referência e da coordenadora do abrigo sobre seu comportamento inadequado: uso de álcool dentro da instituição, envolvimento em confusões e brigas com outras abrigadas. Ela chegou a ameaçar uma coordenadora anterior, a qual detestava, com uma frase muito simbólica sobre o lugar dos técnicos e o lugar dos usuários nas políticas públicas: “Aqui dentro a Senhora manda. Lá fora a rua é nossa”. E me dizia que pretendia esfaquear a mulher na rua. Trabalhei/manejei durante várias conversas essa questão com ela, enquanto pensava que alguém deveria trabalhar/manejar com os gestores e técnicos ameaçados e agredidos por usuários da saúde e da assistência social, sobre o que essa violência pode ter a ver com eles. Recordo uma cena também simbólica relatada pelo supervisor do CAPS, quando anos atrás, meninos e meninas em situação de rua em Niterói se lançaram a jogar pedras no prédio da assistência social deixando os gestores escandalizados. O que eles estariam apedrejando?

“— O que aconteceu no Centro-Pop, Donana?”.

Pergunto cansada. Dela, do Centro-Pop, de mim.

“— Fiquei a manhã toda esperando, e eles me mandando aguardar. Foi dando a hora do almoço e eu perguntei se ia poder almoçar lá. Me mandavam aguardar e iam dando os “tiques” pro pessoal comer no Restaurante Popular. Quando faltava quinze pras três, me deram um “tique” e eu sabia que lá (o restaurante popular) fechava às três. Ir pra lá cheia das tralhas, peso, ia chegar e pegar fechado. Aí a senhora me conhece... Já comecei a me descontrolar. Falaram que a psicóloga que me atende só ia estar lá amanhã, e que era pra voltar. Poxa fiquei lá o dia todo sem ninguém falar comigo e avisaram isso só no final? Aí já saí xingando e fui pro Bar do Corno, a senhora sabe? Cheguei o dono botou uma cachacinha pra mim, fritou uns tira-gosto. Eu faço uns serviços de banco pra ele, é gente fina. Ali todo mundo me conhece”.



“— Você foi mais bem acolhida no Bar do que no Centro-Pop, né Donana?”

“— A senhora tá me entendendo!!!” — Ela gargalha.

Os equipamentos que lidam com a população que precisa de cuidados em função do uso prejudicial de álcool e outras drogas, ou que sejam atravessadas por outras questões de saúde mental, poderiam aprender alguma coisa com os bares. É o que a diretriz da *Redução de Danos* tenta nos ensinar, um conhecimento que colhem dos próprios usuários que acompanham. Faremos essa discussão mais adiante, mas podemos considerar desde já que redutores de danos, técnicos da saúde mental e agentes comunitários de saúde da atenção básica incluem os bares em seus itinerários de cuidado. Alguns bares ajudam a dar notícias sobre pacientes sumidos, concordam em ofertar água para determinados fregueses, aceitam deixar camisinhas e cartazes do posto de saúde em suas dependências, até reduzir a quantidade de álcool vendida para casos específicos. Certa vez fui fazer uma *busca-ativa*, com uma técnica da equipe de redução de danos e com a atenção básica, em um bar localizado na comunidade do Bernardino. A ideia era aproximar o CAPS-ad de um grupo que passava o dia inteiro reunido ali, alguns com questões alarmantes de saúde clínica. Para descansar da caminhada e de uma pequena subida, nos sentamos em um banco de madeira na porta do bar, embaixo de uma árvore, sentindo o sossego do espaço.

Na conversa, soubemos que o grupo levava carne e legumes para fazer sopa em parceria com o dono — também alcoolista, porém mais preservado do que os fregueses em questão. Ali mantinham suas vinculações afetivas, bebiam muito, falavam da vida, ficavam em silêncio. A partir de alguns encontros com eles, no bar e no Horto Florestal do Fonseca, fomos dialogando com a atenção básica sobre o que poderíamos somar ao cuidado desse grupo, sem que eles precisassem frequentar o CAPS-ad diariamente. Essa era a encomenda inicial da atenção básica: eles precisam chegar ao CAPS para tratarem do álcool, podemos arrumar uma van e levá-los lá uma primeira vez. A redução de danos, como diretriz da política de atenção integral aos usuários de drogas, equivoca as nossas noções mais tradicionais e idealizadas sobre o que é um tratamento, sobre o que é cuidar. Nessa abordagem, Donana não seria vista como avessa e resistente aos serviços que lhe ofertam cuidado, conforme já ouvi em algumas reuniões. Pelo contrário, os serviços seriam chamados a encontrar e a lidar com seus pontos de resistência/desistência frente a seu caso.

E o que sabemos dela além da embriaguez, e de estar desabrigada? Donana é uma mulher com traços indígenas aparentes; na ocasião que a acompanhei tinha 57 anos, foi criada pelos irmãos no interior do estado do Rio, e se tornou independente desde muito cedo. Não gosta de falar do passado com receio de que os serviços de saúde e assistência social procurem seus familiares. Assim, conta a cada serviço um pedaço de sua história e os profissionais montam as peças de um tosco quebra cabeça de informações objetivas quando perdem o essencial: a mulher já foi a base da

família, e não quer ser vista como está, prefere antes a morte. Passa as mãos pelo rosto, cabelos, me explica que já foi bonita, bem-vestida, e não pode ser vista assim “tão acabada”. Conta de épocas que só tomava whisky, cortesia do último companheiro com quem morou até seu falecimento. O álcool, presente desde cedo em sua vida, se tornou um problema na idade adulta a partir de seus relacionamentos sofridos com os homens, e o encontro com a cocaína vem muito tempo depois. A vida desmorona quando um botijão de gás explode em seu apartamento e ela, além de muito ferida, perde tudo o que tem — que àquela altura já não era muito. “A maçaneta estava em brasas, eu não tinha como sair. Doutora, ouvi *alguém* me dizendo que não era minha hora ainda, e um tempão depois entraram com um cobertor. É só por isso que eu não me mato. Porque não sei qual é a minha hora”.

Depois de meses internada no hospital foi acolhida em um abrigo municipal para mulheres e famílias em Niterói, onde residiu por quase dois anos. Nesse período passou a ser acompanhada no CAPS-ad. Sempre dançando, aos gritos, com uma gargalhada que enchia o pátio externo. Nenhum homem fazia gracinha com Donana porque ela não levava desaforos para casa. No Carnaval de 2017 é desligada do abrigo após uma briga no banheiro com outra moradora com quem rivalizava e a quem não suportava, principalmente por esta ser lésbica. Antes disso já se envolvia em outros problemas. Pelo que fui entendendo a questão não era só chegar embriagada, o abrigo está longe de ser um local de fácil convivência — impõe dividir a intimidade, o local de dormir, o banheiro, a vida; com horários de entrada e saída, e um plantão para controlar todo mundo a cada dia/noite. Além disso, Donana tinha questões graves relacionada a controle de impulsos e paranoia, pioradas com o uso de álcool e cocaína. Ela recebeu avisos informais e advertências de que uma hora seria desligada da instituição. Quando o desligamento se concretiza, vai para a rua com um encaminhamento por escrito para procurar o CREAS e iniciar lá seu acompanhamento. Em vez disso recorre ao CAPS-ad, bastante alcoolizada. Sou inserida no caso para dar um suporte a sua referência técnica, com a indicação de lhe ofertar um espaço de escuta clínica.

Nos CAPS todos os profissionais são técnicos de referência em saúde mental compoendo equipes interdisciplinares. A questão do encargo comum a todos (técnico em saúde mental) e das especialidades que cada um representa (psicólogo, psiquiatra, assistente social, técnico de enfermagem, enfermeiro, farmacêutico, terapeuta ocupacional, oficineiro, clínico geral) se desdobra nas funções executadas no dia a dia, e gera discussões interessantes e infinitas dentro dos serviços: “Onde já se viu farmacêutico fazer acolhimento de paciente novo? Como vou avaliar o caso?”, “Esse é doido de pedra, tinha que ficar com um psicólogo”, “Ela diz que falar comigo não serve pra nada, só quer ser atendida pelo médico”, “Por que só a enfermagem é obrigada a acompanhar paciente na SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)”? Tomar o caso de Donana na

intenção de um espaço de atendimento clínico, tal qual outros casos de pessoas sem acesso a direitos básicos, me fazia questionar a que a psicologia se dispõe, me confrontava com o papel de uma escuta que historicamente individualiza as misérias sociais. Dentro da perspectiva dos intercessores Institucionalistas que me orientam, toda clínica é política. Cabe avaliarmos na prática que política estamos fazendo operar: individualização, culpabilização, reducionismo psicológico, passagem das singularidades, responsabilização, autonomia, tudo isso junto...?

Conforme o tempo em situação de rua aumentava, Donana se apagava, ficando mais silenciosa, dormindo a maior parte do tempo no pátio externo do CAPS. Às vezes ela me dizia que não queria conversar, para não se lembrar do passado, da família, e que também não suportava pensar no presente, naquela situação. Alguns dias me sentava em silêncio ao seu lado no pátio, equivocando o corpo-psicóloga que mesmo sem abrir a boca, ou chamar para a sala de atendimento, convoca no outro o imperativo de falar, tocar em feridas — abertas ou fechadas. Era emblemático atendê-la depois de uma noite chuvosa. Sabia, ela me contava, que encharcava o papelão, o colchão, que os bueiros enchiam de baratas, a rua enchia, todos ficavam com medo, não dava para descansar. Era como se minha escuta fizesse parte do mecanismo que mantém gente desabrigada na rua. A complexidade dos casos da atenção psicossocial, bem como da assistência social, nos indagam o que pode a psicologia, e as outras disciplinas, nesses contextos. Além dessa reflexão, feita por muitos pesquisadores, é urgente olhar para o que as práticas vêm respondendo em ato como entraves e possibilidades.

Na atenção psicossocial, toda especialidade é atravessada pela composição de estratégias coletivas. Não se faz clínica exclusivamente pela escuta, embora a escuta seja essencial; assim como em teoria não se prescreve, nem se dispensa uma medicação protocolarmente. É necessário dialogar dentro do serviço, e se articular fora, na medida que cada caso demandar. Com essa paciente, experimentei em diálogos com a assistência social, atenção básica, e com a própria saúde mental, as barreiras de acesso dos serviços e os desafios da intersetorialidade. Em um cenário contemporâneo no qual ninguém parece querer conversar, apenas se defender, falar em articulação é pensar na metáfora de Babel. Na sobrecarga de trabalho os profissionais se sentem cobrados com qualquer pergunta, discutir se torna sinônimo de cada um defender a sua posição, a sua categoria, às vezes não conhecem a função dos serviços, e pedem, exigem, uns dos outros ações incongruentes. Observo que é lugar comum técnicos da saúde mental irem para reuniões com gestores, e outros atores, e ficarem presos a uma linguagem psicologizante que se restringe a falar dos aspectos emocionais dos casos, esquecendo inclusive a dimensão psicossocial da saúde mental. Entendo a intersetorialidade como a criação de um campo de intersecção entre diferentes saberes-práticas; um caminho móvel, que exige manutenção, abertura de atalhos, uma insistência de longo prazo. “Para

mim, fundamentalmente, estas questões estão ligadas à relação macro/micropolítica porque, efetivamente, a intersetorialidade apenas existe, ou não, quando atualizada pelos trabalhadores/as nos territórios em que vivem seu cotidiano de trabalho” (Felipe Chittoni, orientação coletiva, 2018).

O ponto de maior fragilidade que observo nessas reuniões intersetoriais é a sustentação do conflito como um elemento que faz parte das relações. Tendemos à alimentar alianças com determinadas equipes, se dirigir as pessoas de quem gostamos, nos afastando de outras que rotulamos de difíceis. Difícil é o exercício de reconhecer que cada dispositivo, cada profissional, tem as suas possibilidades e limitações, e que o tensionamento, o mal-estar, não precisa inviabilizar um trabalho em rede. Perguntei para a coordenação do Centro-Pop, que compunha anteriormente a equipe do abrigo, que trabalho foi feito durante os dois anos de acolhimento de Donana, além da oferta, imprescindível, de teto a uma pessoa sem casa. E como poderia se dar a continuidade de um acompanhamento da assistência social após seu desligamento. Ela não deixava de ser público da assistência por que foi desligada de um equipamento, correto? Isto é, para além da questão de abrigar ou não abrigar Donana novamente, quais as outras ações necessárias diante desse caso? Recebo em contrapartida os questionamentos do abrigo ao trabalho do CAPS-ad diante da drogadição dela: Que história é essa de redução de danos? Como essa mulher vai todos os dias para o CAPS e não para de beber e de cheirar? Que trabalho é esse que estaríamos fazendo? Se pudéssemos focar no bem-estar da usuária, essas perguntas poderiam ser trabalhadas fora do ego, da provocação, e orientarem um projeto de acompanhamento conjunto.

Além da insistência na construção da articulação intersetorial, esse caso, como tantos outros, exigiu lidar com o afã da resolutividade da vida dos outros, e com afetos paralisantes tais como pena e culpa. Dois modos de perceber os processos de exclusão social são cotidianamente reproduzidos em nossas práticas enquanto trabalhadores sociais: vitimização e culpabilização do indivíduo; ambos encarceram as existências em um destino, sem considerar os dispositivos que as produzem. Apiedar-se do “oprimido” (é preciso salvar Donana, mudar a vida dela) aparentemente mais nobre do que culpabilizá-lo (Donana está nessa vida porque quer, falta força de vontade), me remete Clarice subvertendo a ideia de bondade: “A bondade me dá ânsias de vomitar. A bondade era morna e leve, cheirava a carne crua guardada há muito tempo. Sem apodrecer inteiramente apesar de tudo. Refrescavam-na de quando em quando, botavam um pouco de tempero, o suficiente para conservá-la um pedaço de carne morna e quieta” (Lispector, 1998, p.19).

Experimental encontros a partir da piedade não permite contaminar-se pelas desestabilizações que eles poderiam provocar. Mas o que adviria de diferente de vidas tão miseráveis? O que poderiam dizer a quem

possui uma gama de saberes? As comunidades precisam ser salvas, as pessoas precisam ser conscientizadas! O modo de conceber um campo de intervenção pode ter como efeito a perpetuação de um estado de coisas: os excluídos, sejam ameaçadores ou dignos de pena, estão em seu devido lugar. (Malito, 2016, pp.46-47)

A potência daquela mulher, um furacão que não alcanço descrever, recusava condescendência. “A culpa de certo modo, diz de uma onipotência, como se a trama não fosse muito maior do que você”, disse certa vez minha orientadora, no coletivo de pesquisa. Sua reflexão não chamava à conformidade e a inércia, mas a construção sóbria de outras possibilidades de estar no trabalho, na pesquisa, incluindo o outro. A atenção psicossocial é sobre valorizar processos de autonomia, dentro das possibilidades de cada um, respeitar a inteligência e as experiências das pessoas, não querer por elas, mas ajudá-las a acessar espaços os quais não alcançam. Nesse caso, tratava-se de uma mulher de meia idade, com perdas cognitivas aparentes, questões de saúde mental, sem moradia, com R\$ 70,00 de bolsa família, e sem trabalho. Ela fez um curso de cuidadora de idosos ofertado por uma ONG, concluindo a última prova já morando na rua. Foi uma surpresa para a equipe ela ter conseguido concluir, e fazer a prova. O certificado ficava guardado em seu prontuário, a seu pedido. Sua (outra) referência me dizia alarmada: “Além da cocaína, ela não tem mais memória. Como vai cuidar de um idoso?”.

Donana também tinha interesse em fazer informática, para colocar em seu currículo. Enquanto fazia esses planos, começou a conseguir doações de roupas e sapatos e vendê-los na rua. Uma técnica do CAPS-ad que fazia um trabalho na rua à noite com parte da equipe, nos dava notícias de vê-la estendendo um pano na calçada, trabalhando. Assim, vivia cheia de sacolas que guardava um pouco no CAPS, e o resto carregava consigo. Fomos percebendo que embora a moradia fosse urgente, e uma frente de ação que não podia descansar, o acompanhamento de Donana envolvia não reduzi-la ao lugar da impotência. Tanto que quando ela foi novamente abrigada, após uma operação higienista do Prefeito para limpar a população de rua da área do Terminal e do Barca Shopping, isso não marcou um descanso da equipe, mas a continuidade de outros problemas, a continuidade da vida.

Esse caso me trouxe de modo mais agudo nossa ignorância diante da diversidade da rua, notícias desse mundo invisível em muitos aspectos: as regras, as divisões, disputas por espaço, o papel das igrejas, o papel do álcool/cocaína/tíner/crack como estratégias de sobrevivência. Ela me contava das pessoas que buscam Niterói para trabalhar e melhorar de vida, das pessoas que perderam suas casas em “desastres ambientais” (como por exemplo o desabamento do Morro do

Bumba em 2010), de gente que tem casa e mesmo assim dorme na rua, etc. Não que nunca tenha acompanhado alguém em situação de rua, é um público muito presente nos CAPS-ad, mas se dispor a ouvir e a olhar, é constatar nossa tendência a uniformização. O documentário “A rua não é um mundo fora do nosso mundo”<sup>22</sup> mostra diferentes modos de viver na rua, que não é Uma Rua, mas uma multiplicidade de possibilidades de experimentar o mundo. Em 2017, na ocasião em que o prefeito de São Paulo, João Dória, planejou arbitrariamente desocupar uma “Cracolândia”, pudemos através de alguns coletivos como o “Craco Resiste”, entrar em contato com as diferentes sensibilidades e narrativas das pessoas que compunham aquele território. Sublinho essa fala, gravada em vídeo:

Senhor *Perfeito* me parece que quando diz que o que tem aqui é lixo humano e (...) considera a hipótese de internar compulsoriamente as pessoas, coisa que nem no manicômio mais pode, **a lei parece que não permite mais isso**, depois tem que soltar todo mundo... Tá me parecendo que pro senhor *Perfeito* é apenas algum tipo de vaidade ou quem sabe até um problema estético. Porque pra mim eu acho que o que interessa a esse homem é que aqui fique bonitinho não é, eu também acho que tem que ficar bonitinho. **Só que os fins não justificam os meios. Isso deu em nazismo aqui, certo?** E essa maneira de pensar pode dar numa espécie qualquer de nazismo (...) **O seu problema estético está muito aquém do problema ético que é a gente ter uma estética dessa no meio de uma cidade rica como São Paulo.** Então não adianta o senhor querer maquiagem ou acabar com quem usa crack, com quem é lixo humano de acordo com o seu julgamento né que as vezes pode ser que não seja perfeito né senhor Prefeito. Então vamos com calma, porque uma coisa eu digo para o senhor, **o que há aqui não é o que há de melhor, mas também não é o que há de pior** (...) A minha vontade de chorar não é de raiva de você não. **É de tristeza da possibilidade de ter uma pessoa tão limitada, tão limitada com relação a compreender o outro, com um poder tão grande, que é o de ser prefeito de São Paulo.** O

---

<sup>22</sup> Documentário produzido pelo Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção Primária a Saúde/ Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ek9iWTV3hig>. Acesso em: 03 jul. 2018.

senhor tem um poder muito grande na sua mão, quanto maior o seu poder, maior a sua responsabilidade, consigo e com os outros. Então **eu peço a sua ajuda para nós podermos conseguir, não uma saída, mas um caminho digno.** Esteticamente também, eu gostaria de poder andar mais bonito, tá? Mas existem coisas mais importantes antes disso! (Craco Resiste, 2016)<sup>23</sup>

Donana convive com a lembrança de um estupro, cometido por um morador de rua com uma faca em sua garganta. Assim como ela é homofóbica, a rua é patriarcal e violenta — tal qual as casas e sua privacidade do lado de dentro. Não se trata de vítimas achatadas, destituídas de qualquer exercício de poder. As relações de poder na rua matam. Assim, ela se recusava a tomar medicação psiquiátrica para não dormir à noite, receosa de sofrer outras violências. Em seu prontuário estampava-se o registro taxativo: resistência ao tratamento psiquiátrico. Se aproximar da heterogeneidade da rua é poder construir nossas leituras na saúde mental com menos violência.

“— Essa paciente não pode ficar no abrigo porque ela não suporta nenhuma regra, e qualquer instituição precisa ter regras mínimas de convivência” — me disse a então coordenadora do Centro-Pop, em nossa terceira reunião sobre o caso.

— Concordo que ela tenha muitas dificuldades. Mas quem é incapaz de seguir regras não sobrevive na rua” — respondi pensando se ela própria, a coordenadora do Centro-Pop, suportaria as regras daquele abrigo um dia sequer.

Donana é uma entre uma multidão de pessoas que carregam atravessadas no corpo questões sociais e de saúde. Representa o público prioritário da saúde e da assistência social, tanto os que não acessarão os serviços, quanto aqueles que acessarão e entrarão nas estatísticas de “não aderência ao tratamento”, “abandono”, “encaminhado/desligado”. E afinal, o que não tem lugar nos serviços públicos diz o que sobre os nossos lugares? Quais os efeitos de transformar cada usuário em um caso de investimento pessoal, no qual um técnico moverá céus e terras para garantir a integralidade

---

<sup>23</sup> Vídeo produzido pelo coletivo “Craco Resiste” criado em 2016 de maneira autônoma objetivando evitar a violência policial na Cracolândia. Apresentam-se como: “Um coletivo antiproibicionista, abolicionista penal e, antes de tudo, antimoralista. Reivindicamos o nome Cracolândia primeiro por ser um termo usado pelos próprios frequentadores do fluxo desde a década de 1990, uma contraposição as outras 'lândias' negadas ou desprezadas por eles. Uma comunidade de pessoas que foram excluídas ou que de alguma forma optaram por estarem à margem da sociedade. Ali é o lugar de segurança destes que perambulam pela cidade, apelidado pelos frequentadores mais íntimos de Craco. Não se trata de um espaço físico, mas de um fluxo de pessoas unido por diversos fatores, sendo o crack o mais conhecido, talvez o mais evidente, porém, nem de longe o único”. (Craco Resiste, Facebook, 2017. Disponível em: <https://www.facebook.com/ACracoResiste/videos/1786875324178687/>. Acesso em: 18 jul. 2018.

de seu cuidado? Quando esses “técnicos investidos” vão embora dos serviços, suas ações permanecem? Retomamos a partir desse caso, as inflexões da tese, que em última instância se pergunta como não ser cúmplice da conformidade, nem paralisar a espera de um mundo fora das circunstâncias.

## **2.2. Devolver ao pensamento a multiplicidade:**

Quando construímos uma crítica a qualquer instituição, dispositivo, prática, é comum que nos indaguem, de diferentes maneiras, quais seriam as saídas. Posicionamento que indica uma passividade defensiva, no sentido de que a colocação de um problema só seria validada se atrelada a uma solução imediata. Também são comuns indagações em tom de raiva, desconfiança, como se estivesse implícito: “o que você sugere, vai ficar só criticando?”. Como se quem descrevesse o dispositivo, se tornasse o culpado pelas suas engrenagens. Ainda que já se experimentasse no corpo o quanto as coisas estão intoleráveis, suportar a elaboração das problemáticas, pensar a própria implicação com tais processos, é em muitos casos, inadmissível. Buscar culpados para o que produz mal-estar pode ser um modo de se desviar do enfrentamento às questões.

Entretanto, esse tom de passividade, raiva ou mesmo de desconfiança que as problematizações provocam, é um analisador sobre como temos podido afirmar um campo problemático, isto é, acessar a multiplicidade dos acontecimentos, interrogar as práticas, complexificar o que é visto como natural. É importante considerar que não somos isentos da responsabilidade sobre as questões que colocamos no mundo. Ocupando um lugar de profissional e/ou de pesquisador, a que serve externalizar as nossas críticas? É a dimensão de proposição do movimento da problematização que me parece não considerada, ou mal compreendida — tanto por quem problematiza, quanto por quem naturaliza. Abaixo algumas situações que esboçam a invisibilidade da fineza do paradoxo de desmontar-construindo:

- Discussão de textos, da autoria de professores de psicologia social institucional, na graduação:

— Passou o texto todo levando a gente pra esse beco sem saída, e aí nos dois últimos parágrafos diz que “há que se inventar novas formas de lidar com essas questões, criar outros modos de subjetivação e de resistência”. É isso? Cadê o resto?

- IX Congreso Internacional de Salud Mental e Derechos Humanos. Uma psicóloga pergunta ao fim da minha apresentação na sala das comunicações orais:



— Como é que vocês fazem para usar esses autores da Filosofia da Diferença na prática? Fiquei encantada com essa abordagem, mas eu não saberia o que fazer. Trabalho com adolescentes pobres no interior do Espírito Santo.

- Conversa informal na cozinha da minha casa:

— Estou lendo a introdução da sua tese. E ficando um pouco angustiado pensando no meu trabalho.

— Que bom.

— Você vai dar alguma sugestão em algum momento, de estratégias pra gente lidar melhor com isso que fazemos sem perceber?

— As estratégias já estão nesse fazer.

— Sim, mas...

— Tá, quero sim deixar explícito que estou afirmando alguma coisa.

— Seria bom.

- Reunião de equipe interdisciplinar em um CAPS:

(Residente de Saúde Mental com o tom de voz elevado e agudo):

— Tem quase dois anos que estou na residência e vejo esse paciente desbotando no hospital (psiquiátrico). Ele não era assim, está caindo a olhos vistos. Vai se confundir com as paredes. Não é possível que a gente assista isso acontecer com ele sem fazer nada.

(Coordenadora com a voz baixa e equilibrada):

— Você tem alguma sugestão, além de tudo que a equipe tem feito? Qual é a sua proposta?

- Conversa entre estagiários de psicologia escolar:

— A gente não vai à escola para fazer atendimento psicológico com os alunos, para dizer ao professor o que ele deve fazer; não estamos ali para criar diagnósticos, rótulos, sermos os especialistas...

— Então, a gente vai para a escola pra fazer o quê?

- Provocação de um professor na pós-graduação em psicologia:

— Você busca com a sua pesquisa pensar em uma prática ética em psicologia dentro do Telemarketing? Do Telemarketing? As pessoas só faltam trabalhar de fraldas para não irem ao banheiro. Será que é possível uma micropolítica dentro de um campo de concentração nazista, o que vocês acham? Há um limite para a aplicação da análise institucional, ou sempre haverá brechas?

Tais vivências e questionamentos são legítimos, e em geral evocam uma perspectiva de mundo calcada no acesso racional a realidade, na díade problema-solução, operando na lógica excludente do ou isso ou aquilo, ancorada em uma certa universalidade do sujeito. Eles falam da nossa dificuldade em habitar os paradoxos, e em lidar com nossos ideais de onipotência. Onipotência no sentido da crença de que os processos do mundo estejam em nossas mãos, que podemos conhecer todas as dimensões dos acontecimentos, e intervir lá onde imaginamos que estaria o seu início, ou seu fim. As consequências desse modo de compreender o mundo e estar nas práticas podem culminar em resignação, paralisia, culpabilização do outro, e/ou de si mesmo.

Esse modo-indivíduo, pregnante em nossas experiências subjetivas contemporâneas, é inaugurado com as sociedades modernas, e suas raízes remontam ao modelo das sociedades ocidentais gregas. Fuganti (2008) descreve esse modelo tentando produzir algum estranhamento: ele diz que o pensamento em determinados momentos e lugares se dobrou fabricando para si a “gaiola da interioridade”. Encerrou-se na muralha da representação com seus modos de contemplar, refletir e comunicar, perdendo a expressão imediata de si como acontecimento e singularidade. Para o autor, tal modo de pensar e de desejar, que sobrevoa e julga o mundo, os corpos, as experiências, retirando-se para uma representação, para uma transcendência, foi o modo que triunfou no ocidente.

O processo de conhecimento platônico é um sistema que se orienta para o alto e opera pelo reconhecimento ou reconhecimento de uma Ideia imutável, eterna (...) Para Platão **pensar jamais significa produzir ou inventar uma realidade nova, pois o valor só pode ser atribuído a um conhecimento que imite ou reproduza** – por semelhança as relações internas do modelo inteligível e imutável (Fuganti, 2008, p. 32, grifos nossos).

Descartes, na esteira platônica, postula um sujeito racional, que domestica as paixões, pensa e logo existe, sendo condição de todo conhecimento objetivo do mundo. Formulação que hierarquizou a mente, as ideias, a racionalidade em detrimento da matéria sensível. Uma invenção que séculos depois sustenta as bases do pensamento filosófico e científico, que embora já não sejam mais dualistas (mente x corpo), mantém esse indivíduo atomizado, interiorizado e cindido de seu meio, como a medida da vida.

Eu então, pelo menos, não serei alguma coisa? Mas já neguei que tivesse qualquer sentido ou qualquer corpo. Hesito no entanto, pois que se segue daí? Serei de tal modo dependente do corpo e dos sentidos que não possa existir sem eles? Mas eu me persuadi de que nada existia no mundo, que não havia nenhum céu, nenhuma terra, espíritos alguns, nem corpos alguns; não me persuadi também, portanto, de que eu não existia? Certamente não, eu existia sem dúvida, se é que eu me persuadi, ou, apenas, pensei alguma coisa. Mas há algum, não sei qual, enganador mui poderoso e mui ardiloso que emprega toda a sua indústria em enganar-me sempre. Não há pois dúvida alguma de que sou, se ele me engana; e, por mais que me engane, não poderá jamais fazer com que eu nada seja, enquanto eu pensar ser alguma coisa. De sorte que, após ter pensado bastante nisto e de ter examinado cuidadosamente todas as coisas, cumpre enfim concluir e ter por constante que esta proposição, eu sou, eu existo, é necessariamente verdadeira, todas as vezes que a enuncio ou que a concebo em meu espírito. (Descartes, 2016, p. 99-100)

Para Fuganti (2008), Platão é um paranoico perseguido por fluxos. Seu contexto histórico é o nascimento da *pólis* e a grande preocupação desse tempo é como se vive e se relaciona em sociedade, mantendo a ordem. Ao que Platão, e posteriormente Aristóteles, concluirão que é pela contenção do fluxo da vida. Descartes, nas *Meditações*, também parece um paranoico, perseguido pela matéria do corpo, temendo ser ludibriado pela experiência, buscando a pureza do pensamento. Fuganti estranha como é possível não se assombrar diante de um pensamento que se volta contra a própria vida, subjugando-a a uma moral em nome de valores universais, divinos ou humanos, que em última análise são ficções. De acordo com o autor, é uma separação entre pensamento e vida que Platão está operando. Acaso não existisse essa vontade por um além-mundo, a teoria platônica — um mundo acima da experiência, do sensível, dos acontecimentos terrenos — seria apenas uma fábula para crianças. Entretanto, essa vontade além-mundo é concreta, e dessa concretude seu triunfo até os dias atuais. “Platão ainda é demasiado nosso”, conclui o autor. “Perdemos a capacidade de experimentar, de produzir realidades (...) Por isso, precisamos depositar nossas esperanças numa realidade superior já pronta. Mas já nem sabemos por onde passa tal realidade, nem como joga seu jogo em nós, através de nós” (Fuganti, 2008, p. 15).

Ouvindo pessoas que trabalham nas políticas públicas — seja no consultório particular onde empresto meus ouvidos à clínica, nas capacitações realizadas para outros profissionais, nas entrevistas feitas para essa pesquisa, em conversas com colegas na hora do almoço, ou na mesa do bar — percebo saídas comuns com relação ao mal-estar que se experimenta nos serviços: evadir do trabalho por não compactuar com os acontecimentos em curso; embarcar em um funcionamento automático, no qual a sensibilidade vai sendo blindada dos embates e problemas cotidianos; acreditar que fazer sozinho a sua parte transformará o todo; ressentir/adoecer. Esses movimentos, que lançamos mão em diferentes momentos da vida, não necessariamente estacionando em apenas um modo, ou escolhendo os caminhos de maneira consciente, são semelhantes no sentido de que operam nessa lógica de uma universalidade individualizante. Não me refiro a uma pessoa “individualista” que aparentemente não se importaria com seu trabalho. A lógica individualizante também atravessa aquele “trabalhador crítico”, cheio de boas intenções, que entra em um dispositivo a fim de fazer o seu melhor, e aos primeiros desagradados se fecha em sua concha.

Entretanto, ouvindo esses trabalhadores, entre os quais me incluo no que é possível escutar de mim mesma, às vezes através do olhar de outros, percebo também uma multiplicidade de movimentos outros: incompletos, sutis, incoerentes, inesperados, que povoam esses fazeres. É essa dimensão que esse capítulo busca enfatizar, embora seja muito difícil seguir essa linha, que talvez para poder existir, precise escapar. A minha resposta quando perguntam sobre o que fazer já que um campo está sucateado, o capitalismo se reinventa, e já que o mundo não é dos melhores, é olhar para as práticas, para o que está sendo feito. Se algo não para de ser capturado, a todo momento, é porque não para de se diferir, de nascer. Enquanto buscamos manuais sobre a boa prática em saúde mental, em assistência social, há alguma coisa se passando na experiência.

Kátia Aguiar e Marisa Rocha (2003, 2007, 2010) ao longo de suas pesquisas nos deixam pistas sobre suas entradas em diferentes campos, discutindo principalmente o que se espera de um psicólogo/profissional em uma intervenção, e a proposição de trair o encargo desse especialista. Com percursos por instituições heterogêneas (escola, hospital, movimentos sociais, universidade), as autoras se debruçaram sobre os limites das *pesquisas participativas críticas* e o exercício da *pesquisa-intervenção*. As pesquisas participativas críticas se constituíram em meio ao caldeirão da repressão política das ditaduras na América Latina, das resistências populares, da contra-cultura, e diferentes lutas pela democracia; fundamentaram pesquisas comunitárias e educacionais nas ciências humanas e sociais, contestando os referenciais teórico-metodológicos do modelo clássico de pesquisa científica, indiferente à complexidade dos modos de existência e de organização social. Alguns exemplos dessa abordagem são a educação popular de Paulo Freire, a psicologia comunitária e dos grupos, os marxismos. Tais referenciais críticos-politizados combateram um

pensamento hegemônico de neutralidade, objetividade e desimplicação das ciências tradicionais para com a sociedade — hegemonia coerente com o panorama dos regimes repressivos.

Coimbra (1995) em sua tese de doutorado transformada em livro, “Guardiões da Ordem – Uma viagem pelas práticas *psi* no país do “milagre””, faz um levantamento das práticas *psi* na década de 70 no Brasil: que demandas atenderam e ajudaram a produzir, demonstrando o papel de cumplicidade e conveniência da psicologia com o regime de morte estabelecido. Ela sublinha o *boom* dos cursos de psicologia nesse período, com incentivo governamental à abertura de cursos particulares, e a forte influência da psicanálise na formação dos psicólogos — esta encontrou boas condições para florescer no contexto ditatorial, que prezava pela individualização das problemáticas coletivas, pelo investimento em modos de vida voltados para espaços privados e questões intimistas, desvinculados das realidades social, econômica e política.

Qual a natureza da atuação política que se esconde sob as chamadas "práticas psi"? Via de regra, uma prática que justifica a desigualdade social, a exclusão, o confinamento, o preconceito; via de regra, uma prática que quer ajustar os desviantes, que arredonda as arestas de respostas de resistência justas e saudáveis, patologizando-as em nome da ordem e do progresso. Discurso lacunar, suas concepções quase sempre omitem as questões da ideologia e das relações de poder e explicam comportamentos reduzindo-os a uma dimensão psicológica reificada.<sup>24</sup>

Coimbra enfatiza também práticas contra hegemônicas, desobedientes, produtoras de rupturas, sedentas por outros modos de ser e estar no mundo. Nesse caldeirão dos anos 1960 à 1980 foi essencial a construção de outras atitudes de pesquisa e atuação de trabalhadores e intelectuais que se arriscaram a rasgar as máscaras da neutralidade, legitimar o sujeito político em um cenário antidemocrático, potencializar a organização de espaços de participação coletiva, reinventando suas intervenções junto aos setores “marginalizados” da população. De acordo com Aguiar e Rocha (2003), esse entendimento de que as questões sociais deveriam ser problematizadas com os grupos e as organizações populares, isto é, a contextualização das práticas frente a complexidade da realidade social, econômica, política, existencial, foram elementos fundamentais à construção e ao

---

<sup>24</sup> Trecho da apresentação do livro *Guardiões da Ordem – Uma viagem pelas práticas psi no país do “milagre”* (COIMBRA, 1995) escrito por Maria Helena Souza Patto, sem paginação.

exercício de uma cidadania ativa. Equivocando a ideia de “verdade”, as metodologias participativas abandonaram os pilares das ciências tradicionais: a neutralidade, a objetividade e a totalização dos saberes. “A transformação da realidade vivida não seria uma questão da **correta aplicação** dos conhecimentos produzidos nas hierarquias formalizadas, colocando-se como possibilidade a partir da **interação entre** o saber acadêmico, em seus diversos campos de conhecimento, e os saberes dos sujeitos individuais e coletivos envolvidos na pesquisa” (Aguiar; Rocha, 2003, p. 66, grifos nossos).

Entendida como uma ação que visa a mudanças na realidade concreta com uma participação social efetiva, a pesquisa-ação crítica está centrada no agir, através de uma metodologia exploratória, tendo seus objetivos definidos no campo de atuação pelo pesquisador e pelos participantes. Seus resultados estão vinculados à tomada de consciência dos fatores envolvidos nas situações de vida imediata e na participação coletiva para a mudança da ordem social. A identificação de problemas e possíveis soluções e o estabelecimento de programas de ação constituem procedimentos que podem ser utilizados com a ajuda de técnicas tradicionais como as da pesquisa documental, dinâmicas de grupo, informações vivas e opinativas dos participantes (Brandão,1987). Os dados são sempre provisórios e se aplicam a grupos de pequena e média dimensão. Tais experiências caminham no sentido da articulação entre teoria/prática e sujeito/objeto, na medida em que o conhecimento e a ação sobre a realidade se fará na investigação das necessidades e interesses locais, na produção de formas organizativas e de uma atuação efetiva sobre essa realidade, podendo levar a transformações sociais e políticas, dando às populações excluídas uma presença ativa na História. (Aguiar; Rocha, 2003, p. 65)

Se atualmente assistimos a categorias e profissionais extremamente elitistas e conservadores ocupando esses trabalhos — nas políticas públicas, fazendo grupos, se debruçando sobre a pobreza, se inclinando à população em situação de rua, etc. — é que os saberes já não podem contar com o dinheiro das elites e suas demandas privatizadas para sobreviverem. Assim, profissionais formados em uma perspectiva alheia aos processos sociopolíticos da exclusão social, se voltam para os mais diversos contextos sociais reproduzindo a lógica de uma subjetividade burguesa. Recordo uma

entrevista de emprego que fiz em uma instituição asilar para idosos, em uma cidade do interior. A psicóloga da instituição conduziu a entrevista explicando que quando começou ali, o trabalho era mais difícil, não tinha nada, mas que ela trouxe o próprio divã do seu consultório particular para a sala de atendimento, melhorando um pouco a situação. “Quase que não coube”, disse mostrando o tamanho da sala. Ao longo da caminhada que fizemos pelo local, entre os idosos asilados, ela pôde falar de outras dificuldades encontradas, como o desafio de estruturar um trabalho *psi* junto da equipe multiprofissional já estabelecida, sobre familiares que não visitavam os velhinhos, a quantidade de pacientes acamados, e a grande incidência de depressão entre os internos.

Nessa época estava no mestrado, debruçada sobre a problematização de práticas libertárias que caíam nas armadilhas as quais denunciavam. Insistia, por exemplo, que não adiantava falar em clínica ampliada, ou em clínica transdisciplinar, fazer grupos ao ar livre, fazer rodas, se a lógica dos encontros se mantinha hierarquizada e privatizada. Estar diante de uma psicóloga que frente a um asilo se desesperava pela ausência de seu divã, foi desconcertante. Vinha de estágios na escola, prefeitura, Ongs, clínica, participava de oficinas com diversos setores da população, naquele processo de improvisar, acolher acontecimentos inusitados e cuidar de seu manejo. Fui atingida pela possibilidade da ausência de um instrumento, qualquer que fosse, inviabilizar a construção de um trabalho. Ou talvez, por isso ser dito em voz alta com naturalidade, como se fosse uma caricatura usada em sala de aula para exemplificar o que a psicologia clínica não representava mais atualmente. Meus colegas psicanalistas jamais verbalizariam algo semelhante, embora tendessem a reproduzir a lógica do divã até nos trabalhos de acompanhamento terapêutico (AT), onde caminhavam pela cidade com pacientes atravessados por questões graves de saúde mental, grande parte institucionalizados. Mas se a entrevistadora trazia essa lógica para o concreto, para o objeto-divã, o quanto podemos sustentar que em nossas práticas, seja qual for a abordagem que as oriente, também não carregamos estereótipos — divãs, linguagens, academicismos, exigências sobre o outro — mesmo quando nos debruçamos sobre um leito, adentramos um presídio, ou subimos o morro?

Ocorre que as pesquisas participativas críticas, mesmo com toda sua potência de articulação com os setores populares e de ruptura com o *status quo*, não deixaram de apresentar outros problemas que muitos pensadores/trabalhadores formados a partir de suas bases não se economizaram de contestar: Aguiar e Rocha (2007) apontam para o reducionismo da multireferencialidade da realidade à dualidade da Luta de Classes, a perspectiva de transformação social centralizada na tomada de consciência, a dissociação entre o sujeito do conhecimento e o sujeito das lutas, e a ratificação de outros modos de controle e de tutela. Conhecemos bem esse discurso de que as pessoas precisam ser conscientizadas, adquirir um saber o qual não possuem, para com essa verdade superarem situações de opressão. Tais referenciais críticos, ainda que

buscando romper com os paradigmas cientificistas tradicionais, na expectativa de emancipar/curar/salvar o outro, alimentam a fragmentação entre teoria-prática, sujeito-objeto, homem-mundo, se ancorando em condições pré-determinadas, sem considerar o caráter de coprodução da realidade. “Nesse caminho, (...) só nos restaria aceitar que não conhecemos outra forma de realidade senão aquela que está determinada pelo saber e o poder, a do código moral, que já se encontra estabelecida, como um a priori a ser desvelado” (Aguiar; Rocha, 2007, p. 652).

Nos trabalhos desenvolvidos na saúde mental e na assistência social, é possível perceber a marca desse paradigma de pensamento/prática. Cria-se condições para que as pessoas possam falar, para que as diferenças sejam acolhidas, as relações mais humanizadas. E embora retire-se o véu de neutralidade nas relações entre especialista e usuário, há a manutenção desse lugar de objetificação do outro. Investe-se em assembleias, grupos terapêuticos, oficinas de acompanhamento familiar, oficinas criativas, e a pessoa real tende a não caber nesses dispositivos. Tolera-se pouco os conflitos que qualquer convivência pressupõe, toma-se como resistência ao tratamento/acompanhamento atitudes que vêm dos saberes que os usuários trazem da vida, os quais utilizam para sobreviver. Alcança-se maior participação, escuta e acolhimento da população, mas é difícil que se coloque em análise as condições de tal participação, das relações, dos contextos em jogo.

Em nosso entender, um equívoco das chamadas metodologias participativas críticas reside no fato de tomarem como ponto de partida algo que elas mesmas tencionam construir: a democracia. Esta deixa de ser um exercício micropolítico que pensa as formas de poder entre parceiros na própria pesquisa para se constituir em uma cartilha a priori que é preciso dominar. **Assegura a palavra em um nível do trabalho coletivo, mas não garante as condições de interferência coletiva. Esquecem-se da imperiosa desigualdade dos discursos, impregnados pelas posições e injunções do poder, nas circunstâncias.** (...) O mito racionalista se atualiza tanto na conscientização quanto no consenso regulador de múltiplas racionalidades, como estratégias dialógicas (político-pedagógicas) que, em lugar da emancipação, ratificam o controle e a tutela. (Aguiar; Rocha, 2007, p.652, grifos nossos)

Aguiar e Rocha (2007) recuperam a advertência de Nietzsche sobre a operação socrático-platônica inaugurar “a época da pedagogia”, que percebo atualizada em nossos trabalhos na política



pública, caracterizada por um otimismo progressivo em relação à existência, a partir da regulamentação, da reforma e da transmissão do saber. “Tal designo não é outra coisa senão a convicção de que o saber ‘é capaz não só de conhecer, mas inclusive de corrigir o ser’ e a crença de que o conhecimento ‘tem a força de uma medicina universal’” (Larrosa, 1997, p. 41 apud Aguiar; Rocha, 2007, p. 652). As expectativas que carregamos enquanto técnicos da saúde ou da assistência social reverberam esse mote racionalista, nos movimentos mais sutis. Seja no sentido de transmitir o próprio modo de viver como um modelo para o outro superar sua condição, tentar conduzir a vida de quem busca ajuda, ensinar alguma coisa desejando que as pessoas mudem — e mudar geralmente se refere a se transformar no projeto idealizado pelo técnico.

As intervenções tanto nos processos de exclusão social, quanto de autonomia com relação a saúde mental, pressupõem o acesso a dimensão democrática da vida, às informações que por diversos motivos a população possa ignorar, e isso é importante. Mas aqui me refiro a essa pretensão de transformar o “marginal”, o “ignorante”, o “pobre”, o “doido”, em um cidadão dócil, civilizado, útil. “Ele foi desrespeitoso, tem a postura arrogante”, diz a plantonista da emergência psiquiátrica de Jurujuba sobre os motivos de não aceitar a internação de um paciente usuário de crack. “Ela não sabe seguir regras, e já foram dadas muitas chances”, diz a coordenadora de um abrigo. Retirando a autoria das falas, poderiam vir tanto de uma professora primária, de um juiz, ou de um sacerdote religioso. Quando aparecem assim explícitas, fica mais evidente as altas exigências dos profissionais com relação as condições para um acompanhamento na política pública. Mas tais falas também podem vir cifradas, através de códigos que garantem partir de motivações técnicas bem embasadas: “Esse paciente tem um transtorno de personalidade, fui assertiva, pedindo que ele volte aqui em dois dias para ver se sustenta o pedido por um tratamento”. Não sugiro que as equipes atendam a todos os pedidos dos usuários, mas que parem de usar justificativas técnicas/clínicas para disfarçar suas questões morais, seu não saber o que fazer em algumas situações, ou a própria inviabilidade de fazer o que é necessário devido ao sucateamento dos serviços nos quais atuam.

No bojo dos limites das pesquisas participativas críticas, outros modos de pesquisar foram forjados no Brasil através do diálogo com as questões trazidas pelas populações locais, atravessados pelos estudos foucaultianos, pela Filosofia da Diferença, leituras à brasileira da Análise Institucional francesa e argentina, e a confluência de outros intercessores teóricos e práticos. Aguiar e Rocha (2007) destacam a subversão da ideia de “conhecer para transformar”, paradigma que credita ao conhecimento da realidade sua possibilidade de transformação, demonstrando que para os institucionalistas “transformando se conhece”, e que, portanto, pesquisar já é transformar. Para as autoras, a pesquisa-intervenção vem tomar como questão de que modos podemos pensar a vida e nossos trabalhos pela micropolítica do cotidiano, colocando o desafio da constituição de um campo

de intervenção problematizador e crítico, que inclua a proliferação de diálogos entre diferentes elaborações acerca da subjetividade. Os conceitos são utilizados como intercessores, isso é, como o que pode provocar interferências nos processos, convidar a se mover, refletir sobre as práticas. O paradigma não é cartesiano, mas *ético-estético-político* tal como postulado por Guattari. A ética apontando para uma avaliação dos acontecimentos a partir do que potencializa uma vida, no singular; a estética trazendo a dimensão de criação na articulação entre diferentes campos do pensamento, da ação e da sensibilidade; a política implicando na responsabilização do que se aciona no mundo, na medida em que pesquisar/conhecer/intervir é produzir realidades.

Assim, ganha contorno, tal como explica Scheinvar a respeito da escolha dos conceitos-ferramenta da análise institucional: um recurso que não desqualifica os processos, expressões, mas os questiona “em função de suas dimensões instituídas ou instituintes por potencializar a singularização, a produção de rupturas ou de novos agenciamentos, por desacomodar territórios e por produzir outras corporificações” (Scheinvar, 2009, p.23). Tais conceitos se atualizam na práxis das intervenções, enquanto uma “atitude de pesquisa/intervenção”, na lida com as dimensões de atualidade e virtualidade da realidade. A virtualidade diz dessa dimensão não institucionalizada, não capturada; para as autoras que estudam o conceito deleuziano a partir de Zourabichvili (2004), o virtual não se opõe ao real, mas se constitui em outro modo de ser real, enquanto potência, possibilidades:

No entre-pessoas, pessoas e coisas, existe tensão produtiva (de intensidade variada) que nos leva a pensar, a agir, que nos potencializa ou despotencializa. Cada um de nós é resultante de um processo de vida e é como cada um que habitamos o campo do visível, da representação, das constâncias. **Queremos evidenciar que o plano do invisível, do que ainda não foi pensado, não é menos real. O acesso às micropolíticas implica numa mudança de foco: a de colocar uma lupa nas intensidades que se produzem entre as pessoas, nas formações do desejo.** (Aguiar; Rocha, 2010, p.75, grifos nossos)

Aguiar e Rocha, ao longo de suas pesquisas-intervenções, nos deixam um convite para que diante de um campo, seja ele qual for, estejamos sensíveis a uma aproximação atenta ao cotidiano das práticas, suspendendo a fixação às formas estabelecidas, e voltando nossa “lente” para o plano das forças. Quando dizem forças, não é no sentido dicotômico forma *versus* força, no qual uma forma seria algo ruim porque institucionalizado, e a força algo disruptivo e, portanto, positivo.

Lourau (1993) já nos advertiu sobre os riscos de atribuir tal dualidade à complexidade dos processos. Atentar-se ao plano das forças, implica no exercício de focar menos nos efeitos (ex.: “usuário difícil”, “criança problema”, “paciente psiquiátrico”, situação de violência), e interrogar os processos de constituição do que aparece como uma verdade estabelecida; acessar as “forças que atuam no constrangimento das práticas, instruindo regulações e ratificando encargos, e tensionar outras que investem no desvio, no escape” (Aguiar; Rocha, 2010, p.76).

É um convite que equivoca o modo tradicionalmente designado a psicologia, que tem favorecido o apaziguamento de conflitos, a homogeneização das experiências e a privatização do espaço público. Ao contrário, nos chama para perceber a multiplicidade: “O múltiplo é não só o que tem muitas partes, mas o que é dobrado de muitas maneiras” (Deleuze, 1991, p.14 apud Aguiar; Rocha, 2008, p.77). O cotidiano deixa de ser encarado como simples repetição, linearidade, e é complexificado na medida em que se acolhe as imprevisibilidades, desapaixona-se pelo consenso, e dá-se lugar aos conflitos, as diferenças, a dissolução. “A surpresa desconcertando nossas expectativas e nos obrigando a pensar, a inventar. A aceitação e o acolhimento da desestabilização pode favorecer o encontro com a alteridade, do *outro-em-nós*, como um estranho que nos inquieta... (Rolnik, 1995)” (Aguiar; Rocha, 2010, p.77).

Essa direção de pensamento orienta minhas práticas profissionais e de pesquisa, enquanto um exercício ao qual me disponho, sempre desafiador. O registro da racionalidade categórica, da objetificação do outro, da resolutividade, do ressentimento, são operações que fundam nossas práticas de especialistas das subjetividades, e, portanto, não lhes somos imunes. O que não é motivo para dizer que a pesquisa-intervenção não funcione ou que não sirva para esse mundo. O que tomo como mais caro nessa entrada micropolítica, é seu caráter de exercício permanente, de diálogo, análises sobre os lugares que se ocupa, e atenção às cristalizações. Quando acreditamos que alcançamos determinado domínio teórico, a acomodação tende a matar outras forças. Já o entendimento da teoria como uma aposta, uma direção em processo, em um mundo que tem problemas heterogêneos, abre a viabilidade de diversos caminhos e experimentações. “Exercício permanente de interceder a favor da instauração de um campo problemático, no qual o que interessa é explorar a qualidade dos caminhos, alguns dos quais, levam à constituição de novos problemas” (Aguiar; Rocha, 2010, p.79).

Atualizo essa reflexão pensando nas falas que sublinhei lá no início, sobre as expectativas e a desconfiança que os referenciais dessa entrada micropolítica provocam. Isso é muito recorrente na graduação de psicologia — mesmo quem se inclina para esses referenciais parece esperar que se trata de algo que o profissional possui e poderá aplicar, de um modo diferenciado, em condições favoráveis. Quantas pessoas se ressentem de uma formação crítica construída na graduação, sob o

argumento de que a faculdade não preparou para a vida, para o mundo. Acaso, a universidade está fora do mundo? Esses autores, Foucault, Deleuze, Guattari, Lourau, e tantos outros teóricos que desenvolveram trabalhos sustentados em suas contribuições, não estavam propondo um pensamento transcendental, fora das circunstâncias. É ao contrário, iremos lidar com instituições reais, capitalismo real, pessoas reais; iremos lidar conosco. É necessário saber chegar nos lugares, se situar nos códigos, criar aliados.

A crença ocidental positivista de que existe um saber, uma teoria, a ser aplicada para transformar determinada realidade, expropriou a dimensão de sabedoria dos saberes. Se fizéssemos um paralelo sobre as plantações e seus processos de escolher a semente, preparar o solo, considerando o clima, a lua, cavar, plantar, regar, esperar, colher, e ainda assim com os riscos naturais à espreita, pensando na minha própria postura quando na graduação, e mesmo agora em algumas situações, parecia que pegava a enxada da problematização para plantar, e chegava nos campos cortando cabeças. O que haveria de florescer?

### **2.3. “Tem vaga para atendimento sim, só que é em grupo”:**

Em 2012, havia concluído há alguns meses um mestrado que me dava liberdade para pensar, emendado após uma graduação na qual me debrucei sobre intercessores institucionalistas, intervenções grupais e uma clínica transdisciplinar com tendências *esquizo* — formações nas quais o exercício político da problematização era quase tão natural quanto respirar. Na busca por emprego, adentro um trabalho ancorado em códigos distintos, como um corpo estranho: “Você é o chiste da coordenadora”, ouvi na mesa do bar e concordei, porque naquela época só era empregado na rede de saúde mental de Niterói quem vinha de uma trajetória psicanalítica. Embora fosse a indicação pessoal de uma figura de referência nessa área, meu currículo denunciava outras escolhas. Vou aprendendo, concomitante a natureza do trabalho na saúde mental, a linguagem dessa rede, os códigos, a fineza da escuta e outras ferramentas valiosas que carrego até hoje. Curvo parte do corpo a uma hierarquia que julgava ultrajante — evitando a submissão —, e aprendo a dialogar. Situar-se nas circunstâncias, nesse caso, dizia menos da adaptação ao modelo instituído, e mais sobre afiar e enriquecer a postura clínico-política-problematizadora escolhida lá atrás.

Em 2013, realizamos um seminário interno no ambulatório, e cada profissional ficou responsável por um tema. Escolhi a questão dos desafios trazidos pelos grupos no serviço. Era angustiante para nossa equipe lidar com os dispositivos grupais, nas reuniões pontuava-se que na graduação não havia uma formação voltada para isso. Realizávamos na ocasião um “grupo de

recepção”, para casos novos que haviam passado por um breve acolhimento individual; esse grupo tinha a função de aprofundar um pouco mais as questões trazidas no primeiro acolhimento, e alinhar como seria o tratamento da pessoa: continuar em grupo, ser encaminhada para psicoterapia individual, atendimento psiquiátrico, para algum serviço externo, ou mesmo encerrar a passagem ali, como um efeito do próprio grupo. Havia o “grupo de alcoolistas” para tratar questões decorrentes do uso prejudicial de álcool; o termo “alcoolistas” foi retirado posteriormente, assim como o filtro de só receber demandas relacionadas a uma única droga. O “grupo de música e de passeio”, era destinado aos pacientes mais cronicados, geralmente diagnosticados como psicóticos; esse grupo foi uma iniciativa de um acompanhante domiciliar com seu violão. E havia o “grupo de medicação”, conduzido pelo farmacêutico e a enfermagem, funcionando para pacientes que tinham dificuldades diversas em lidar com a medicação psiquiátrica.

Avalio que a apresentação que levei ao seminário, buscava a direção de uma entrada micropolítica, na imanência. Compondo uma equipe atravessada majoritariamente pelo saber da psicanálise e da psiquiatria, em um dispositivo público de saúde mental eminentemente clínico, voltado para uma população empobrecida pelo capital, construí um texto que trazia o cotidiano do ambulatório tomado como uma questão. Falava do lugar de quem estava dentro, comungando da direção de trabalho da equipe, lidando com os diferentes limites colocados pelo serviço público, e ao mesmo tempo, convocando forças de fora. Resgato esse texto na intenção de sustentar que a entrada micropolítica se dá via práticas. E na direção de intensificar a discussão sobre os analisadores presentes na tese: as relações entre usuários e equipes técnicas, que políticas atualizam, e o que os usuários ditos difíceis trazem de desacomodação aos dispositivos instituídos nos serviços. Está sem alterações, exceto pelos nomes dos pacientes. R. era a psicóloga que conduzia o um grupo comigo.

“Naquele dia do “grupo de alcoolistas” não havia percebido que Barreto estava alcoolizado. Sua relação comigo, com a psicóloga anterior, e com os colegas, costumava ser muito difícil: entre palavrões e provocações principalmente dirigidas a mim e a R., ele nos dizia que não pretendia parar de beber nunca, portanto ali não tinha função para ele. O desconforto gerado entre os colegas que talvez compartilhassem desse sentimento, mas não bancavam dizer com todas as letras, era evidente. Cheguei ao grupo mais ou menos na mesma época que este paciente entrou, e com seu jeito inadequado, suas tiradas sarcásticas, sua recusa a nossa voz mansa, a nossa postura de oferecer ajuda, trouxe uma dinâmica importante praquele espaço onde raramente um incidia sobre a fala do outro, onde a regra invisível dizia: vocês não podem beber.

Neste dia, quando percebi que Barreto estava alcoolizado o grupo já estava do meio para o final. Ele se dirigiu a um dos pacientes, Elan, que fala muito pouco, está abstinente há dois anos, não sai de casa, depende financeiramente da mãe, inicia sempre dizendo que não tem nada para falar e que está tudo do mesmo modo, bem, etc.; e entretanto, aumenta a cada vez seu consumo de cigarro e anda pela casa à noite com insônia, inquieto, “é uma agonia”, ele diz as vezes. “Um homem na sua idade depender da sua mãe comprar seu cigarro, você não tem vergonha?”, Barreto não precisaria estar alcoolizado para falar esse tipo de coisa, mas percebi algo estranho a tudo que se seguiu.

“Ninguém tem nada a ver com a minha vida, é você que compra meu cigarro?”. Nunca vi Elan se posicionando daquele jeito, durante alguns minutos ele disse algumas coisas sobre seu modo de vida que não esperaria escutar dele. Mas me preocupou imediatamente o quanto estaria lhe custando. “Quando você depende dos outros as pessoas se metem na sua vida, é melhor ficar sozinho. Eu prefiro ficar sozinho”, Barreto continua. Entendia do que ele estava falando, e não era sem dor que expressava aquilo, embora daquele seu jeito impossível. Não fui só eu quem intervi chamando a atenção de Barreto a maneira que ele falou com Elan. Maria foi apaziguadora, tentando cuidar dos dois. Pedro não parava de rir. Donato olhava pra Barreto com tanta raiva - “Você está maluco. Vir pra cá assim”. Não recordo quem mais estava. Só sei que R. não estava e que eu precisava tomar uma decisão. Quando um paciente estava inadequado, o que se fazia no grupo era pedir que aguardasse lá fora para conversar individualmente depois. E Barreto estava certamente inadequado, batia na mesa, dizia que perdeu tudo na vida, mas não se importava; levantava e se debruçava na janela.

Eu sabia que precisava cuidar do grupo, mas Barreto também era parte do grupo, ou não era? E olhando pra reação de Donato fiquei pensando no que nunca podia entrar ali. Quando eles estão mal, estão sujos, estão envergonhados, exceto Elsa, Barreto e Maria, não vão ao grupo. Ali é o lugar de dizer que graças a deus a recaída passou, ou que graças a deus não estão bebendo há certo tempo. Não quero dizer que tudo vale e que não existem pactuações construídas juntamente com eles: de horário, de faltas, respeito, etc. Quando digo o que não entra ali, pensava menos em Barreto como pessoa e mais na assepsia que o espaço buscava. Todos beberam (e ainda bebem) muito na vida, mas Barreto era o cachaceiro, o grotesco, o inadequado. Retirá-lo ou não da sala, envolvia fazer isso deixando abertura pra que ele pudesse voltar. Senti naquele momento que Barreto ter entrado alcoolizado e eu não ter percebido, e mais tudo o que se seguiu, já que se seguiu assim, poderia ser algo tratado no grupo porque dizia respeito a nós todos. Recordei a ele nosso combinado de não chegar alcoolizado no grupo - “Quem disse pra você que eu bebi? Você acha que estou bêbado? Que sou cachaceiro né?”. “Eu acho que ninguém está aqui à toa, mas porque tem um problema com

a bebida, e o lugar de tratar disso é aqui mesmo. Você só não pode desrespeitar um colega seu dessa forma”.

Na semana seguinte, o acontecido do encontro anterior foi retomado no grupo. Barreto não estava presente, e Donato nos disse, a mim e a R.: “A senhora teria feito alguma coisa, colocado ele pra fora, ela não fez nada”, e riu. Mais importante do que o que pude devolver a Donato e aos outros, é pensar o que podemos extrair das situações de conflito nas configurações grupais. Talvez eu devesse ter pedido pra Barreto aguardar lá fora, e se a situação se repetisse não sei o que teria feito. Naquele momento aconteceu dessa forma. Levei essa situação para encenarmos na Fiocruz, em um no curso que fazia na época (Práticas Grupais em Saúde Mental), e deu muito pano pra manga. Num grupo seu saber fica vulnerável, suas intervenções dão margem a diferentes apreensões pelas pessoas, grosso modo, sinto que o nosso “fica mais na reta”.

Em grupo os pacientes, cada qual a sua maneira, acabam se havendo com a fala do outro. Há um tempo recebi um paciente novo no grupo de alcoolistas, ele está com um pai acamado, pai com quem tem uma relação complicada desde cedo. Júnior fala umas coisas sobre a insuportabilidade de cuidar daquele velho, que me custa umas olhadelas a mais para ver a reação das pessoas. Num grupo além de receber o que as pessoas falam, você lida com acontecimentos que se produzem ali a partir da relação daquelas pessoas tão diferentes. Separa-se os grupos em identidades - alcoolistas, psicóticos, etc., mas isso é só um ponto de partida, uma casca, e essa identificação que inicialmente agregaria, não garante nada.

Além das situações de conflito mais explícitas me chama a atenção o cuidado com o tempo. Não dá vazão para todos terem a oportunidade de se colocarem. Tédio. Muito comum um que fala mais incomodar as pessoas que ficam revirando os olhos, rindo. Dentro disso um desconforto meu de fazer cortes, de colocar isso em análise no próprio grupo. Enfim, poderia resumir que num trabalho grupal está sempre em jogo como as pessoas estão podendo se relacionar consigo e com o discurso do outro; eles atualizam ali suas dificuldades, seus limites, seu modo de vida.

**E por que a escolha de fazer grupos?** É a pergunta que orienta minha apresentação. Os grupos atualmente viram a solução mágica para o abarrotamento de demandas que temos no dia a dia dos serviços. Mas de onde vem essa pergunta do por que dos grupos? Quando entrei no Ambulatório me deparei com a resistência de marcar as pessoas para o grupo de triagem, de alcoolistas, etc. Sentia que era mais acolhedor tomar a pessoa em atendimento já comigo do que dizer que ela precisava esperar e que seria recebida em grupo. Por que parece que atender alguém individualmente é uma prática mais cuidadosa, mais acolhedora? Por que antes de marcar alguém para um grupo selecionamos antes se o que a pessoa diz será suportável dizer na frente de outros? E haveria inúmeros exemplos em que o receio é mais nosso, do técnico, do que da própria pessoa. Por

que muitas vezes saia do grupo de alcoolistas querendo puxar alguém para conversar em particular, quando a pessoa trazia algo que dizia respeito a mais de um? E voltando um pouco mais, porque na faculdade os grupos viram uma questão de linha teórica e são colocados lá longe pra um pessoal mais alternativo que tem curiosidade em estudar, por exemplo, psicodrama?

Uma autora que toma o grupo como objeto de pesquisa na UFF, Regina Benevides de Barros, aponta que formada psicóloga em 1975 viveu seu tempo de universidade impedida de estar em grupos. “Eles eram proibidos pois supostamente criavam redes de pensamento/afeto/ação intoleráveis naqueles momentos de repressão. As práticas individualizantes eram estimuladas. É indispensável observar que na década de 70 houve grande proliferação dos cursos de psicologia e pedagogia no Brasil” (2013, p. 317). A ditadura produziu modos de vida voltados para espaços privados e questões intimistas, desvinculados das realidades social, econômica e política. A perspectiva clínica sustentada na psicanálise foi bem acolhida neste contexto que prezava a individualização das problemáticas: “O conhecimento de si mesmo torna-se uma finalidade, em vez de um meio para conhecer o mundo. Esta visão intimista é extremamente valorizada nos anos 70, quando a realidade social, o domínio público são esvaziados e desprovidos de sentido. O único sentido está no privado” (Coimbra, 1995, p. 34).

Que potência será essa que os coletivos têm que os tornam perigosos?

Ao mesmo tempo, a proliferação de grupos de toda ordem que vemos atualmente na saúde (gestantes, HIV, tabagistas, mulheres que sofrem violência, pais, grupos de crianças, de psicóticos, etc.), traz uma preocupação de como estas estratégias têm sido oferecidas. Nesse sentido, quando pensamos as premissas que envolvem criar grupos no ambulatório é importante pensar nos fantasmas que temos com relação a este dispositivo. Fico me perguntando porque atender individualmente é encarado como algo tão trivial. E se a dificuldade do trabalho no ambulatório não é muito mais com a natureza da demanda que chega, do público que chega, do que com a “forma” que iremos acolher. Pensar ferramentas de trabalho é essencial, mas sem perder de vista que elas são um ponto de partida, um disparador, uma perspectiva em um campo complexo. Cabe construir qual o sentido dessas ferramentas neste determinado serviço e nunca se furtar de colocar em análise essas práticas (individuais, grupais, de recepção, de acolhimento). Quero dizer que a questão é mais como nos ocupamos com as ferramentas as quais inventamos para intervir, do que o modelo desta intervenção. Então se a questão inicial surge com uma roupagem que indagaria “por que fazer grupos?” deslocamos para pensar o que a ideia do grupo traz de desacomodação de nossas práticas.

Durante minha formação em psicologia me inseri em abordagens que apostavam no grupo como um dispositivo, isto é, uma estratégia que poderia fazer funcionar outros modos de compartilhar experiências. Muitos eram os desafios pra fazer operar nos espaços grupais um outro



modo de falar, sentir, trocar. Ainda que de saída os grupos iniciassem buscando identificação, uma disputa por quem fala mais, que os participantes ignorassem os colegas e buscassem respostas do coordenador, entendíamos que tal funcionamento não dizia apenas de motivações individuais de cada pessoa, mas de práticas hegemônicas ofertadas ao longo da história da psicologia. A psicologia emerge enquanto campo de saber sobre o indivíduo, numa dicotomia subjetividade-sociedade. E podemos observar tradicionalmente nas práticas psicológicas o entendimento de grupo enquanto:

- Uma oferta inferior a oferta de atendimento individual. “Você vai ser recebido sim, só que o primeiro atendimento é em grupo”.

- Um espaço em que todos têm o mesmo objetivo e buscam a afirmação de uma identidade. “Mas é grupo de alcoolista, não pode ter outra droga no meio porque se trata de uma outra clínica”.

- Um conjunto de indivíduos dividindo democraticamente o mesmo espaço, cada qual com um tempo igual para falar. “Tem que ser 15 minutos pra cada um, senão bagunça”; “Como assim ele não vai falar? Como vai se colocar, se posicionar enquanto sujeito?”.

- Grupo como apaziguamento da lotação dos serviços públicos. Uma maneira de receber mais gente porque não haveria vagas para receber um por um. “Marca lá na agenda da triagem e eles veem depois, já estou cheio de coisas pra fazer”.

- Espaço onde acontecem dinâmicas e o condutor deve ser um especialista neste modo de trabalho. Alguém que aprendeu psicodrama na faculdade, ou usa calças de ginástica.

- Uma relação hierarquizada em que o coordenador do grupo detém alguma verdade sobre os indivíduos e só a intervenção que ele faz tem valor. “A gente não sabe o que fazer porque os pacientes conversam na sala de espera, e aí lá dentro interagem e fazem reivindicações, perdemos o controle, este não é o papel do grupo”.

Entre nós no Ambulatório, acredito que se constituem movimentos de reprodução e de escape do modelo hegemônico de grupo que vem triunfando nas práticas psicológicas. Entretanto, escrever sobre como não ser refém deste modelo tradicional é mais fácil do que fazer. Chegando num ambulatório de saúde mental participo de dois grupos e encontro desafios específicos, os grupos têm uma marca muito própria de pessoas que trazem um sofrimento psíquico intenso.

Quando eu pensava que grupo não precisa ser homogêneo, não imaginava um grupo em que alguns não querem parar de beber, outros mentem sobre a bebida, um está abstinente há anos, outro fica tentado a beber e não lida bem com isso. Seria mais fácil uma saída pela homogeneização, implantando de fora um objetivo comum: a abstinência a qualquer preço. Mas a gente se engana achando que mais fácil é trabalhar com o ideal. As pessoas não cabem no ideal, e cedo ou tarde há frustração: jogada em cima do outro que não teria a capacidade de seguir o protocolo, ou jogada sobre si próprio, que não teria a capacidade de ajudar aos pacientes. Nesse sentido, continuo com a

heterogeneidade que é imanente a própria vida: as pessoas estão num grupo de alcoolistas porque precisam de tratamento, seja para se cuidar, reduzir o uso de álcool ou manter a abstinência. E as experiências de um e outro podem compor junto com as marcações feitas pelo psicólogo, com as pausas que eles fazem, os insights, etc.

Quando pensava que era burocrático fatiar o tempo do grupo em “x” minutos pra cada um e buscava um plano de trocas, deixando as pessoas a vontade para se colocarem ou não, conforme pudessem, não tinha passado ainda por um grupo com Antônia desatando a falar doidices. Atropeladas, com sentidos desconhecidos para quem ouve, e que sem um corte não param nunca. Não tinha pensado em João Paulo que não pode ser interrompido de qualquer jeito, ele avisa: “Já vou lhe passar a palavra”, ou em Seu Carlos com suas histórias pitorescas e pausadas que duram toda a vida. Nessas horas não vejo outra saída para o “coordenador” se não estar presente na vera, escutando, enquanto outros reviram os olhos e estão impacientes para ouvir a próxima música. Outro dia Gil se levantou e saiu no meio do grupo. Alguma coisa se fez insuportável para ele, e só fui saber na semana seguinte o que se passou. Estar em grupo é estar a postos para inesperados, para acolher tensionamentos. Seria o caso de insistir que Gil ficasse? Por quê? “Mas você já vai? Semana que vem estaremos aqui esperando no mesmo horário”, digo enquanto ele sai disparado porta afora. É como no passeio em que um sai disparado na frente, outro devagarzinho assustado lá atrás. Ficamos de olho. Corremos cá, lá, pra conversar um pouquinho, espreitar como é fazer um passeio assim juntos, no Rio, atravessar aquelas ruas perigosas. O Rio de Janeiro pra muitos é outro continente. E atravessam a ponte com um misto de medo e satisfação. João Paulo já avisou que passeio no Rio ele não vai mais. Só se voltarem os ônibus do CCBB (Centro Cultural Banco do Brasil).

Considerando essas questões, lembro que é necessário um cuidado maior quando alguém passa do grupo para o individual, para não parecer que isso é uma promoção a um espaço de fala especial só praquela pessoa. Ou o contrário, encaminhar um paciente individual para um grupo, não deve parecer uma perda, um rebaixamento. Sustentar que são projetos diferentes e não um melhor do que o outro. Mas será que acreditamos nisso? Tenho visto grupos de triagem e recepção as vezes servindo para a pessoa persistir numa etapa até merecer ter um espaço individual, como se a subjetivação só fosse possível na estrita relação analista-paciente, e não na configuração grupal – o que parece efeito da nossa formação.

Então isso, o constrangimento de alguém enlouquecendo no grupo, dizendo coisas que não entendemos, falando da falta de comida ou de desejo, cantando músicas religiosas e chamando o outro de irmão. Volta a pergunta, por que apostar nos grupos como dispositivos possíveis nos serviços de saúde? Responderia provisoriamente que em um cenário onde a existência, as afecções,

as dores são privatizadas e cada um carrega seu fardo - espaços de escutar a própria voz e a de outros podem produzir diferença, acontecimentos, saúde. Observação: grupos também produzem totalizações, fascismo, paralisias. Como qualquer outra forma de intervenção num campo que é múltiplo, imprevisível e móvel”.

Se agora parece despropositado tantos dedos para contar que não expulsei um paciente de um espaço nomeado grupo de alcoolistas porque pasmem ele estava alcoolizado, em 2012 quando a cena ocorreu, um ano antes do seminário, a direção da *redução de danos* ainda não estava consolidada na rede de saúde mental. Algum dia estará? Os ambulatórios, alguns mais, outros menos, assim como o restante dos serviços de saúde, tinham/têm dificuldades em lidar com a “clínica AD”. É uma luta permanente do CAPS-ad e do restante do programa de redução de danos do município, construir essa abertura nos demais serviços, evitando encaminhamentos equivocados, e a privação dos usuários de drogas ao acesso a saúde. Enquanto estive no ambulatório, ocupava a função de “referência AD”, e a então coordenadora do CAPS-ad que conduzia nossas reuniões mensais, com as referências de outros ambulatórios e dos CAPS, desconstruía a marretadas essa nossa dificuldade em tratar desses pacientes:

Diana fala sobre o grupo de alcoolistas de seu ambulatório, o quanto o álcool orienta as questões, e a sensação de um imperativo moral invisível que passa por todos, pacientes e coordenação, de que as pessoas precisam falar de seu uso, enfim, precisam falar sempre a partir da bebida. A pessoa já se senta na cadeira do lugar de alcoolista. Flávia (CAPS-ad) diz que um grupo heterogêneo o uso de substâncias toma outra configuração, e isso não quer dizer que ele não apareça, pelo contrário. Então pensamos nesse nome “grupo de alcoolistas”, Maria Alice (CAPS-ad) lembra que a região do ambulatório é marcada pela existência de uma rede de inúmeros grupos de mútua ajuda, e questiona o que os dispositivos que oferecemos na saúde mental trazem de diferente para essas pessoas, se o funcionamento é o mesmo. Diz que podemos inclusive trocar o nome e continuar convocando as pessoas para um “grupo de alcoolistas” porque as concepções sobre álcool e outras drogas do senso comum (de abstinência, desintoxicação, vício, recaída), também nos constituem ainda que trabalhadores da saúde mental. Maria Alice lembra uma fala

de Francisco Leonel (supervisor) de que somos trabalhadores da saúde mental para além de qualquer função desempenhada (psicólogo, psiquiatra), e ela aponta que a demanda de psicoterapia não é a única num serviço de saúde mental, mas que as equipes são compostas principalmente por psicólogos e assim, as demandas são formatadas via uma escuta psi. Diana lembra que buscamos desnaturalizar a medicalização frequente dos pacientes, mas nunca a oferta de psicoterapia frequente, que também pode ser um reducionismo. Maria Alice aponta que como efeito de uma formação psi que se volta para o individual, o compromisso com a política pública, o acesso a saúde, a contextualização das demandas sociais, ficam frouxos e de repente um ambulatório não ultrapassa a junção de consultórios particulares.

(Relatório-ata da reunião de referências AD, 2013, Malito)

## **2.4. O Drogado, esse maldito:**

Tomo emprestada a expressão usuários batatas-quentes de falas informais ouvidas em capacitações técnicas na saúde e na assistência social, para fazer referência as pessoas que incomodam a dinâmica dos serviços, destoando dos padrões ordenados: insubmissas, em frangalhos, enlouquecidas, ou mesmo apáticas, incapazes de melhorarem, progredirem. Geralmente encaminhadas-evadidas, de um local ao outro, como se não tivessem lugar. Considero que os usuários prejudiciais de álcool e outras drogas, principalmente aqueles que são pobres, mas não somente, são público cativo nessa categoria batata-quente. O que para algumas abordagens é encarado como um trabalho especializado, uma “clínica da toxicomania”, em uma perspectiva micropolítica se mostra um analisador significativo do funcionamento dos serviços, da tendência prescritiva e repetitiva das nossas práticas de cuidado.

Os drogados reavivam nossos saberes do senso comum, o medo das drogas ilícitas, as ideias de vício e força de vontade, o mito da internação mágica. Fora do senso comum, em contrapartida, existe uma gama de teorias e ferramentas operando conceitos semelhantes em nome do ideal da abstinência e da cura. Profissionais da saúde e das humanidades, incluindo aqueles formados nas abordagens mais críticas, não estão livres dos atravessamentos morais que perpassam a relação da sociedade com as drogas. Júlio Nicodemos (2013) sinaliza em uma aula no DEP/HPJ (Divisão de Ensino e Pesquisa/Hospital Psiquiátrico de Jurujuba): “Psicólogos têm jeitos muito sofisticados de

fazer operar os seus preconceitos. Preconceito não é algo que o outro tem por falta de informação ou de estudo, é algo que nos constitui”. Essa fala incide tanto nas ideias que carregamos sobre substâncias psicoativas, quanto naquelas sobre loucura, pobreza, e outras concepções que não expomos quando estamos nas reuniões de equipe, grupos de estudos ou às vistas de nossos supervisores. Algumas pessoas até expõem, de maneiras grotescas, mas em geral, nos escondemos atrás de conceitos mais refinados. Diante do que transborda nosso sistema de organização, ferramentas de intervenção, convicções, temos a oportunidade de avaliar como se constrói na prática a categoria do que consideramos humano. Quem tem cabido em nossos parâmetros de humanidade, é quem mais precisa dos serviços os quais ofertamos?

O apelo de enxergar em si esses preconceitos, não é para instituir uma romaria de confissões pessoais, que depois do alívio catártico parecem não servir para mais nada (“eu reconheço meus privilégios”, é a clássica da vez). Inseridos em um sistema econômico-político-cultural que declarou guerra a algumas drogas, um sistema que entre tantas características é também racista, classista e normalizador/capacitista, a tendência é como pontua Nicodemos, que essas forças nos constituam. A questão é o que fazer com essas concepções problemáticas, quando nosso campo de trabalho é com essa população. E quanto aqueles profissionais que não estão inseridos *nesse* campo de trabalho? Quem não quer lidar com questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, bastaria ir para outro ponto da saúde mental que não o CAPS-ad? Nos trabalhos como tutora, sensibilizando a atenção básica para a discussão *AD* na perspectiva da saúde, percebia esse incômodo nas turmas: por que é necessário lidar com dependentes químicos, se não tenho afinidade, se faço um trabalho melhor com os “idosinhos” e as grávidas; como se esses grupos estivessem isentos da possibilidade de uso de drogas. Recordo imediatamente as palestras anti-drogas e anti-sexo que recebi como educação durante meu período escolar, perfeitamente alinhadas às campanhas do ministério da saúde na década de 1990 — “Drogas, nem Morto!”. Perspectivas educacionais que tiveram sucesso em ratificar o “Mundo das Drogas” como uma dimensão fora do nosso próprio mundo, as custas da segregação, desinformação e falta de apoio a toda uma geração de adolescentes.

Se não quisermos lidar com pessoas que fazem uso de drogas, e que porventura possam ter problemas com isso, precisaríamos parar de sair nas ruas. É mais fácil evitar o coronavírus, do que fugir da nossa cultura, da realidade. E quem se dispõe a trabalhar nas políticas públicas, qualquer dispositivo que seja, deve necessariamente se preparar para o trato com seres humanos, concomitante a tarefa de insistir que nesse conceito caibam pessoas reais. Se essa afirmação parece uma obviedade, ela não se materializa nas emergências dos hospitais gerais, nos hospitais psiquiátricos, na atenção básica, na assistência social, na saúde mental. As próprias equipes dos serviços especializados, como os CAPS-ad, Centro-Pop e Consultórios na Rua, que lidam mais

explicitamente com o público que faz uso prejudicial de drogas, podem produzir práticas que afastam esses usuários. A partir da minha inserção no trabalho ambulatorial na saúde mental, caiu por terra essa ideia de um *perfil AD*. Fala-se em toxicomania, viciados, traficantes, mas no dia a dia as pessoas que chegavam para pedir alguma ajuda eram heterogêneas: trabalhadores da CLIN (Companhia de Limpeza de Niterói) que para suportar a natureza do trabalho e estimulados no próprio trabalho teciam redes de uso, motoristas de ônibus no limite do estresse e do adoecimento, trabalhadores dos sistemas de esgoto, mulheres donas de casa, pessoas de meia idade dependentes de benzodiazepínicos, senhores que bebiam com os pais desde a infância na roça, psicóticos que se organizavam a partir de um perfil alcoolista, adolescentes experimentando o mundo, jovens gozando o mundo, etc. Não é caso de adjetivar os usos, separando “trabalhadores” de “vagabundos” — os chamados cracudos, os meninos e meninas em situação de rua, os ditos traficantes, os que só querem gozar a vida, também tem direito de acessar a saúde e a assistência social. O ponto é poder compreender a multiplicidade de modos de estar na vida para além dos nossos estereótipos.

Nesse sentido, me incomodava as perguntas que fazíamos às pessoas, intervenções tão viciadas quanto a repetição do ciclo abstinência-recaída. Os usuários da saúde mental e da assistência social me ensinaram que precisamos estar presentes, sensíveis ao campo, para receber respostas diferentes. As pessoas percebem o que queremos lhes extrair, e podem tanto ser dóceis e reproduzir o que esperamos ouvir, quanto debochar da nossa ânsia missionária — algumas vezes tanto melhor que assim o seja. Barreto disse uma vez no grupo de alcoolistas: “Minha avó morreu com 103 anos de idade bebendo todos os dias”, e acrescentou após as gargalhadas provocadas nos demais: “Eu não vou parar, bebo desde que comecei a andar e ia buscar cachaça para meus avós”. Um dia, na saída do grupo, ele me puxa e diz: “Quer saber de uma coisa? Estou há 03 meses sem beber, porque estou doente e não posso”. Quando retomo isso com ele uma outra vez, explica: “Ah, eu falo que bebo só para preocupar vocês”.

A Redução de Danos é uma diretriz política e uma prática de saúde pública que se propõe a criar estratégias para atenuar as consequências adversas do consumo de drogas à sociedade. Considero que componha com os intercessores teórico-práticos com os quais dialogo, e que possui um papel essencial no campo das políticas públicas, tanto em sua dimensão macro, quanto micropolítica. Leio como dimensão macropolítica sua proposta de intervenção preventiva, assistencial, de promoção da saúde e dos direitos humanos, focada nas consequências do uso prejudicial de drogas à sociedade e a economia. Traz os pressupostos da busca por inclusão social, desenvolvimento da cidadania e a melhoria do acesso das pessoas usuárias de drogas aos serviços de saúde, instituindo o debate da heterogeneidade envolvida no campo das drogas, geralmente reduzido a um debate criminal, religioso ou biológico. Na contramão de investir na extinção do uso,

formula práticas que diminuem os danos para aqueles que usam drogas, e para os que não usam, a exemplo da Lei Seca que preconiza a prevenção de acidentes no trânsito, para todos.

Em termos de marcos históricos, nos registros de alguns pesquisadores — Antonio Lancetti, Antonio Nery, Domiciano Siqueira, Julio Nicodemos — tal experimentação na saúde é datada a partir de práticas descontínuas que emergem na Inglaterra entre 1926 e 1940. Em 1926, segundo Nery (2019), equipes médicas começavam a tratar pacientes usuários de drogas injetáveis com a prescrição de pílulas opiáceas, visando controlar os efeitos da abstinência, e a substituição entre as substâncias. Também na Inglaterra, de acordo com Siqueira (2013), médicos e enfermeiros de um centro de saúde a caminho do trabalho passavam por um grupo de pessoas em situação de rua, usuários de álcool e heroína injetável; frente ao desejo de ajudá-los e sem conseguir acessá-los, passaram a distribuir heroína e álcool no centro de saúde, atraindo os usuários ao posto. Lá, além de pegar as substâncias era ofertado banho, possibilidade de lavar as roupas, e de conversar com a equipe de saúde. “Os resultados foram tão bons que o Condado de Rolleston tornou sendo o berço da redução de danos no mundo, isso em 1930, 1940” (Siqueira, 2013, s/p).

Na década de 1970, na Holanda, usuários de cocaína e heroína injetável começavam a morrer devido a disseminação do vírus HIV e das hepatites B e C. “Os companheiros e os familiares começaram a acionar a justiça e o Estado, alegando que os usuários morriam porque não tinham acesso a nenhum tipo de tratamento. O estado respondeu o que o Brasil responde até hoje: **“Não, tem tratamento sim, se ele quiser parar nós temos para onde mandar”** (Siqueira, 2013, s/p). No início dos anos 1980, graças a organização dos usuários e familiares, foi inaugurada a prática de trocar seringas usadas por seringas novas.

Vale lembrar que veio dos EUA a expressão ‘bleach out reach work’, que significa ‘trabalho de campo com hipoclorito de sódio’, voltado para a desinfecção de agulhas e seringas, considerado, à época, como capaz de “limpar” estes instrumentos. Vem daí a expressão ‘harm reduction’ (redução de danos), adotada e consagrada pelo mundo, às vezes associada à expressão ‘riscos’ (redução de riscos e danos), alargando a proposta dos programas posto que amplia seus horizontes para além do dano relacionado ao uso de drogas, alcançando a dimensão preventiva. (Nery, 2019, p. 05)

No Brasil, os primeiros casos conhecidos de HIV datam da década de 1980, quando se descobre a ligação da doença com as drogas injetáveis. Siqueira (2013, s/p) relata que em 1989, na

cidade de Santos, é implantado um programa de troca de seringas para combater a transmissão do vírus HIV. Houve confronto do Ministério Público, da Justiça e da opinião pública contra esse tipo de intervenção, alegando que essa medida estimularia o consumo de drogas. “Sem considerar que, para além deste ato clínico, trocar seringas, os trabalhadores buscavam alcançar e estabelecer laços afetivos com as pessoas ‘invisíveis’, praticamente destituídas de todos os direitos, “lixos humanos matáveis”, sem qualquer possibilidade de acesso ao sistema público de saúde” (Nery, 2019, p.05). Siqueira relata em entrevista que entre 1989 e 1992 houve várias discussões no Brasil sobre o tema, enquanto as intervenções permaneciam suspensas, e os jornais publicavam que o Ministério Público prenderia qualquer médico que insistisse em distribuir seringas. Em 1992 o Ministério da Saúde pôde finalmente financiar alguns programas de troca de seringas no país.

A diretriz da Redução de Danos foi reconhecida no Brasil, em 2005 (Portaria nº 1.028), como política de atenção integral do Ministério da Saúde. Não que algum governo no Brasil tenha provocado um enfrentamento efetivo ao registro da criminalização e à política de guerra as drogas. “Sempre houve uma tendência no Brasil, mesmo nos governos do PT, de centralizar a coordenação das ações do campo das drogas na Secretaria Nacional sobre Drogas (SENAD) e não no Ministério da Saúde, como poderíamos esperar dos governos mais progressistas” (Nicodemos, 2020, p.51). O autor relata que Lula, tal qual seu antecessor FHC, manteve a SENAD submetida ao gabinete de segurança, e Dilma Rousseff a transferiu para a submissão ao Ministério da Justiça. “Verificamos que os diferentes governos brasileiros nunca sustentaram, ao longo da história, investimentos significativos no campo da saúde pública para a atenção aos usuários de drogas” (Nicodemos, 2020, p.51). Em 2017, no governo Temer, conforme exposto na discussão sobre o desmonte da saúde mental, houve retrocessos disso que nunca foi um avanço no sentido de um rompimento com a guerra as drogas:

Última sexta-feira antes do Natal, em meio ao recesso legislativo e do Poder Judiciário, o Ministério da Saúde publicou a Resolução nº 32/17 e a Portaria nº 3.588/17 que oficializaram medidas que alteraram o acumulado das políticas públicas de saúde mental, álcool e outras drogas dos últimos 30 anos, sem ter sido discutido com e nem aprovado no Conselho Nacional de Saúde e outras instâncias de participação social. (Resolução nº 8, de 14 de agosto de 2019)

Em 2019 o governo Bolsonaro, aliado as igrejas e ao lucrativo projeto manicomial, emite o decreto nº 9.761 privilegiando a internação em comunidades terapêuticas. A linguagem, a



argumentação e a fundamentação do documento, embora vindas do governo bolsonarista, escandalizou os militantes da luta antimanicomial, demais profissionais das políticas públicas e a sociedade civil sensível ao debate. Exemplos de algumas propostas (grifos nossos):

2.1. Buscar incessantemente **atingir o ideal** de construção de uma **sociedade protegida** do uso de drogas lícitas e ilícitas e da dependência de tais drogas.

2.2. A orientação central da Política Nacional sobre Drogas considera aspectos legais, culturais e científicos, especialmente, **a posição majoritariamente contrária da população brasileira quanto às iniciativas de legalização de drogas.**

2.3. Reconhecer as diferenças entre o usuário, o dependente e o traficante de drogas e tratá-los de forma diferenciada, considerada a natureza, a quantidade da substância apreendida, o local e as condições em que se desenvolveu a ação de apreensão, as circunstâncias sociais e pessoais e a conduta e os antecedentes do agente, considerados obrigatoriamente em conjunto pelos agentes públicos incumbidos dessa tarefa, de acordo com a legislação.

2.6. **Conscientizar o usuário e a sociedade de que o uso de drogas ilícitas financia atividades e organizações criminosas, cuja principal fonte de recursos financeiros é o narcotráfico. (...)**

3.3. Garantir o direito à assistência intersetorial, interdisciplinar e transversal, a partir da visão holística do ser humano, pela implementação e pela manutenção da rede de assistência integrada, **pública e privada**, com tratamento, **acolhimento em comunidade terapêutica**, acompanhamento, apoio, **mútua ajuda** e reinserção social, à pessoa com problemas decorrentes do uso, do uso indevido ou da dependência do álcool e de outras drogas e **a prevenção das mesmas a toda a população, principalmente àquelas em maior vulnerabilidade.**

3.4. Buscar equilíbrio entre as diversas frentes que compõem de forma intersistêmica a Pnad, nas esferas da federação, classificadas, de forma não exaustiva, em **políticas públicas de redução da demanda** (prevenção, promoção e **manutenção da abstinência**, promoção à

saúde, cuidado, tratamento, acolhimento, apoio, **mútua ajuda**, suporte social e redução dos riscos e danos sociais e à saúde, reinserção social) e **redução de oferta** (ações de segurança pública, de defesa, de inteligência, de regulação de substâncias precursoras, de substâncias controladas e de drogas lícitas, além de repressão da produção não autorizada, de combate ao tráfico de drogas, à lavagem de dinheiro e crimes conexos, inclusive por meio da recuperação de ativos que financiem atividades do Poder Público nas frentes de redução de oferta e redução de demanda).

O decreto fala em repressão, combate à lavagem de dinheiro e a organizações criminosas, mas não cita se *laranjada* entra como dependência química ou como tráfico organizado<sup>25</sup>. Após pressões políticas, foi publicada a Resolução nº 8 de 14 de agosto de 2019, retomando as diretrizes da reforma psiquiátrica, a política nacional de saúde mental álcool e outras drogas, relembrando a participação social/comunitária nas deliberações da saúde, e o papel dos Conselhos de Saúde, enfrentando o discurso raso do Decreto. Essas datas que insisto em citar, são importantes para pensarmos o quanto políticas e experiências locais progressistas podem perder terreno e retroceder. Não é um prazer falar tanto em projetos de governo, entretanto, enquanto me debruço na discussão fina dos encontros entre equipes e usuários, problematizando algumas práticas, presenciarmos descaradamente a volta dos manicômios como política de estado, e a transformação das redes substitutivas em outra coisa.

A partir da experiência na saúde mental e dos pesquisadores que tomo como referência no campo da redução de danos, agora com letras minúsculas, entendo que a sua dimensão micropolítica diz respeito ao que extrapola as práticas sanitárias, o foco na saúde do corpo, e as estratégias estruturadas, tais como a distribuição de insumos. São todas ações importantes, que em seu desenrolar, através de encontros — entre usuários e substância e redutores e saúde mental e atenção básica — foram construindo saberes advindos das realidades dos territórios, em diálogo com as questões da subjetividade. A redução de danos, apropriada pelos pesquisadores, militantes e trabalhadores da atenção psicossocial, enquanto diretriz ética, não se restringe a aplicação de estratégia; trata-se de uma abordagem que aposta na multiplicidade de estratégias a partir de vínculos, na medida em que acata as diferentes realidades, apresentando alternativas para o cuidado

---

<sup>25</sup> Expressão relacionada ao esquema de corrupção envolvendo a família Bolsonaro. Fonte: SAKAMOTO, Leonardo. UOL, 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/colunas/leonardo-sakamoto/2020/06/18/com-queiroz-presocafe-da-manha-de-bolsonaro-teve-laranja-com-rivotril.htm>. Acesso em: 01 mai. 2021.

em para aquelas pessoas que não podem, não conseguem ou não querem abandonar o uso de drogas. “A Redução de Danos traz consigo esta direção de trabalho, nova ao campo público da saúde (...) que educar, governar e curar (psicanalisar) são tarefas impossíveis. Trabalhar com o impossível não significa permanecermos impotentes, pelo contrário, permite que trabalhemos com as invenções possíveis” (Nicodemos, 2010, p. 33).

Seu foco é na relação das pessoas com a substância e não na substância em si, admitindo a existência de pessoas que fazem uso de drogas sem serem dependentes. O usuário não é visto do lugar da impotência, além de ativo em seu tratamento pode contribuir no processo de intervenção e prevenção na sociedade. A exemplo dos redutores de danos, função que as políticas tentam extinguir, que a princípio são ex-usuários, ou usuários, que compõem equipes de saúde fazendo um trabalho de promoção de saúde no território, orientado também pela sua própria experiência de vida. “Atores que produzem acesso ao cuidado aos usuários que jamais se aproximariam de um dispositivo de saúde mesmo quando tais serviços se encontram próximos aos lugares de uso ou nas comunidades onde vivem” (Nicodemos, 2020, p. 47-48) Os redutores de Niterói, dizem que veem sua função como “se tornar um micróbio”:

Quando desdobramos com os redutores o significado da palavra “micróbio”, (...) imediatamente eles se referem ao contágio, uma espécie de transmissão dos cuidados a partir dos encontros e daquilo que escutam com cada um, algo que funciona como um norteador do trabalho. Também descrevem esta posição metodológica como sendo aquela que permite que eles se espalhem pelos cantos sem serem identificados como estrangeiros inimigos de determinado território, é um trabalho que é necessário se misturar com os demais sujeitos pertencentes a determinado território através da oferta de presença contínua. (Nicodemos, 2020, p.48)

Nos próprios serviços da saúde mental, alguns técnicos pensam que a redução de danos estimula o uso de drogas, ou que seja contrária a projetos de abstinência. Mas, ela opera admitindo que as pessoas usam drogas, inclusive as proibidas, e considera que a abstinência é um dos resultados possíveis de serem alcançados, mas não uma exigência prévia para iniciar ou manter um tratamento. Uma orientação prescritiva para todos os casos empobrece o vínculo, e a imposição de um tratamento, qualquer que seja, pode impossibilitar um tratamento futuro. É possível que as pessoas tenham um saber sobre seu próprio uso de drogas, enquanto lhes impomos um tratamento

generalizado? Interventores como Lancetti e Siqueira nos ensinam que mexer no uso de drogas, na sexualidade de alguém, seja ofertando um canudo ou um preservativo, é mexer em partes sensíveis da vida das pessoas. Reduzir danos é ajudar a produzir pausas, a possibilidade de percorrer o próprio caminho. A respeito da defesa da internação, da abstinência, como única possibilidade de intervenção, Lancetti (2008, p.65) diz que são tratamentos importantes, que tem o seu lugar, mas:

terminam propondo aquilo que as pessoas conseguem através do uso de drogas, ou seja, é como fazer uma viagem de nove meses em geral: nove meses de paz, nove meses de tranquilidade, nove meses de contato com um poder superior, onde se para para pensar. Na hora de voltar à realidade, vendo que a vida não é esse mar de rosas mesmo, que a vida é angustiante, tem que se lutar e que a sociedade vive com drogas, as pessoas terminam recaído, porque elas não aprenderam a conviver consigo mesmas, não aprenderam a conviver numa sociedade que é real; elas aprendem, ou tentam aprender, a viver nove meses em alfa (...) Talvez socialmente, ou em termos de legalidade, uma pessoa que depende de um terço é aceita, mas não é aceita uma pessoa que fuma baseado. E eu não estou dizendo com isso que fumar baseado é melhor do que rezar um terço, depende do uso que cada pessoa faz.

Conforme nos inserimos no campo de discussão das drogadições, podemos perceber a complexidade e heterogeneidade das questões que o atravessam. Na saúde, percebi nos serviços pelos quais passei, que suprimíamos essa complexidade quando focávamos em discutir agenda cheia e a adesão ou não adesão desses usuários ao tratamento. Com o trabalho de referência AD, passei a perceber nossa pressa em encaminhar esses pacientes ao saber médico, e nas relações que eles estabeleciam com suas drogas de escolha, com as drogas-psiquiátricas e conosco. Abaixo algumas falas que colhi, para fazer um relatório sobre o trabalho de referência, perguntando diretamente para colegas de equipe do ambulatório de saúde mental como se sentiam fazendo acolhimentos de usuários de drogas, se havia diferenças com relação aos demais acolhimentos:

- “Cara, eu acho que quando era um acolhimento AD me sentia diferente sim, porque de alguma forma era como se não tivéssemos um dispositivo especialmente pensado pra esse tipo de recepção. Enquanto para todos os outros tipos clínicos tínhamos um caminho das pedras pensado e funcionando, para o público AD tínhamos que pensar como seria feita a recepção a cada vez, o que coloca uma dificuldade diferente”;
- Na maioria das vezes passava direto para o médico ou recepção

individual com o psicólogo”. • “Quando a pessoa está em abstinência tem que mandar para o SRI (emergência psiquiátrica de jurujuba). Às vezes ela não volta, mas cada situação é uma”. • “Se a porta de entrada no serviço é o grupo de triagem não podemos ficar furando a fila, senão como é que vai ficar?”. • “É difícil explicar que não é porque você não pode medicar, nem porque você não vai dar o encaminhamento para a internação, que você não está oferecendo alguma coisa. Mas eles voltam sim”. • “Às vezes é a família que insiste, a pessoa não tem nada para dizer, ou fala só no remédio, de cara é difícil saber o que marcar, mas isso não é difícil só com os usuários de drogas”.

Quando as agendas dos médicos estavam lotadas no ambulatório, simultaneamente emergia a discussão sobre fechar ou não a porta de entrada. Especialmente devido as pessoas que já chegavam medicadas da emergência do hospital psiquiátrico, demandando a continuidade daquela medicação, exigindo novas receitas. “Isso daqui não é um ambulatório de psiquiatria, é um ambulatório de saúde mental, temos outras coisas a oferecer além do médico”, concluíamos nas reuniões de equipe. Sustentar nossas conclusões diante das demandas que chegavam, era um desafio constante. Em determinado período no qual ficamos com uma única médica no serviço, e com nossas agendas *psi* individuais abarrotadas, foi a época mais fértil de discussões sobre a recepção dos usuários de drogas, da desnaturalização do que é um atendimento para essa demanda, modos de lidar com os pedidos de urgência e emergência sem desespero, ainda que reconhecendo sua legitimidade.

Tais reflexões também serviam a outras demandas fora do eixo AD, na medida em que situações-problemas ajudam a traçar direções para outras situações, às vezes invisibilizadas. A constatação da frequente medicalização entre quem estava há anos em tratamento na saúde mental, e a população que chegava ao serviço já medicada, era um dos pontos que os usuários de drogas acabavam por tornar visível. Considerando que havia na equipe psiquiatras implicadas em não medicalizar, e em “desmamar” processualmente os dependentes de benzodiazepínicos. A chamada toxicomania não seria sobre isso, colocar o desejo a serviço de uma substância? No “grupo de alcoolistas”, após alguns acontecimentos perguntei se eles sabiam quais remédios tomavam e para que serviam. Responderam coisas parecidas, que era para dormir, se acalmar, que a médica explicou, mas não se lembravam, que era bom tomar o remédio. Associaram a função dos remédios as cores e horários que tomavam, os nomes que se lembravam eram Diazepam, Haldol e algumas vitaminas. Sobre os efeitos, em geral diziam que continuavam nervosos e com problemas, e “imagina o que seria deles sem o remédio”. Outras falas que trouxeram reflexões importantes: “O Diazepam é pra eu me acalmar, o haldol não sei para o que serve”; “(risos altos) O cunhado do meu irmão toma haldol, é maluco”. Os pacientes individuais que traziam a problemática AD, também tinham uma relação importante com a medicação. Um deles só confiava em seu antigo médico do

ambulatório, que o havia orientado a não tomar sempre a Carbamazepina devido aos efeitos colaterais. Não conseguia fazer vínculo com os médicos seguintes, e tomava a medicação de forma desorganizada, até conseguir dizer ao médico atual que não tomava suas prescrições.

Um senhor alcoolista, levado pela filha enganado ao serviço, “disse que viemos aqui para ela, foi uma armadilha”, quando ia a emergência pegar medicação, enquanto aguardava sua consulta com o médico no ambulatório, ia fora dos dias de nosso atendimento me entregar a xerox da receita do que estava tomando. Durante o atendimento, empilhava os remédios na mesa e os organizava na minha presença. Uma paciente reclamava que estava muito dopada e que não conseguia nem mesmo sair na rua sozinha ou falar direito sem embolar a língua, sua medicação foi alterada aos poucos, e algum tempo depois ela queria voltar a “tomar doses mais fortes”. Preferia ficar dopada a sentir as coisas que a perturbavam. Um rapaz se manteve abstinente por medo de misturar o Diazepam com álcool e ficar maluco, “A senhora sabe né doutora, faz muito mal, pode dar alguma coisa na cabeça pra sempre”. Outro para de tomar a medicação quando começa a beber, e entende isso como zerar o tratamento e ter que começar tudo de novo porque é um fracassado. Outro, estava há dois anos sem precisar do acompanhamento psiquiátrico, e repetia que não havia recebido alta, que o combinado era voltar se precisasse de algo.

Esses fragmentos de momentos com os pacientes apontam que o tratamento se compõe com diferentes cuidados, a medicação sendo um deles. Aponta que as pessoas vão viver e morrer em uma relação singular com seus usos, não só de medicação ou de outras drogas, mas da própria vida. Cavamos um espaço que dá lugar a possibilidade de subjetivar a relação com a droga, com a medicação, com a vida. Quando alguém chega pedindo ajuda, não sabemos do que a pessoa está falando, não sabemos do que iremos cuidar. Mesmo quando o pedido vem urgente, desesperado, explicitado em um corpo muito magro, dormido na rua, debilitado, ou quando vem em silêncio porque não há palavras ainda. No afã da resolutividade, encaminha-se esses pacientes muito rápido para outros serviços, como internação psiquiátrica e CAPS-ad. Inclusive em momentos de crise, quando estão mais fragilizados, abusando mais das drogas, ou em risco: “O CAPS-ad tem mais recursos para cuidar desse caso”. Lembro da fala de um dos coordenadores do programa de redução de danos: “O maior recurso é a presença”. E uma fala da supervisora do ambulatório, Cristina Ventura: “O caso da Z. não é pra cá, é para CAPS. Mas o caso da Z. precisa ficar aqui, entendem o paradoxo?”. Encaminhamentos em momentos de crise podem ter diferentes efeitos, inclusive positivos, mas é um problema quando a intervenção é feita porque não suportamos receber o desespero que essas pessoas nos endereçam. Avaliamos os riscos de quem usa outras drogas em uma ótica direcionada, e às vezes tudo parece uma crise. “Nós bebemos e dirigimos, pegamos carona com amigos bêbados, mas achamos que risco é cheirar muita cocaína”, dizia Elisângela

Onofre uma das primeiras coordenadoras do CAPS-ad em uma capacitação no Centro de Referência para Formação em Crack, Álcool e Outras Drogas (IPSO).

O senso de urgência diante das drogadições encobre a problematização das nossas práticas costumeiras. Alguém que “fracassa” repetidas vezes, desafiando nossa boa vontade e a nossa expertise. Leonel disse em uma aula no DEP/HPJ: “Quem disse que nós psicólogos, médicos, assistentes, sabemos fazer alguma coisa? Modéstia para aprender. Se houvesse solução fácil não haveria mais os problemas, era só dar uma vacina e acabou”. A psiquiatria, a psicologia, são uma perspectiva de trabalho neste campo, porém fechar a porta da sala e fazer “o nosso possível”, não é o suficiente diante das demandas e mudanças em curso no mundo. Além de medicamentos e psicoterapia, do que os serviços lançam mão para produzir saúde nos territórios? É um desafio atual dos dispositivos substitutivos de assistência, construir outros lugares que não o da segregação e da patologização. Abordar a problemática do álcool e outras drogas não é só tratar o usuário que se queixa de dependência, mas levar esse debate para a sociedade. Os redutores de danos, frente a incisiva resposta da criminalização das drogas, usam o slogan “Legalize o debate”.

Mais uma vez Leonel: “Não é vendendo facilidades que a gente vai criar respostas. Foram anos deixando correr solto, achando que a lição de moral daria conta. Estamos diante de uma questão grave. Tem que ampliar a discussão de modo concreto. Abrir brecha no juiz, construir alternativas no trabalho”. Enquanto escrevo, às 2h da manhã, escuto há já uma hora tiros, explosões de maior e menor intensidade, motos cantando pneu, barulhos frequentes nessa região de Niterói nos períodos de disputa por território entre facções do tráfico, às vezes com intervenção da polícia, nunca sabemos ao certo. Penso em perguntas, repetidas entre meus pares, que não necessariamente chegam ao motorista do Uber, ou ao profissional da saúde pública: como essas armas sofisticadas e as substâncias ilícitas chegam as mãos dos chamados traficantes? Quem morre e quem lucra com essa guerra a algumas drogas? Quem morre e quem lucra com as comunidades terapêuticas? Quem lucra com as propagandas de cerveja que financiam qualquer festa coletiva no Brasil? Quem lucra com a criminalização das drogas? Quem estampa os jornais como “jovem usuário de drogas”, e quem é noticiado como traficante? Guerra aos pretos, guerra aos pobres, indústria do medo, venda de segurança, construção de um inimigo público, canalização do ódio social, controle de natalidade, resolução dos conflitos da pobreza.

David, Marques e Silva (2019) trazem no livro *Redução de Danos: Ampliação da vida e materialização de direitos*, um artigo que aborda as intrínsecas relações entre eugenia, racismo e criminalização, na empreitada histórica de guerra as drogas. Localizam que é no final do século XIX que o consumo de determinadas substâncias se torna um problema social para Estado e sociedade, envolvendo uma série de fatores religiosos, políticos e econômicos; desse período até o

início do século XX, há a crescente intervenção do Estado sobre a disciplinarização dos corpos, sustentadas nos ideais higienistas que pretendiam combater a “deterioração racial” causada pelos “degenerados hereditários”, entre os quais se incluíam os “viciados” e os “bêbados” (Carneiro, 2002, apud David; Marques; Silva, 2019). De acordo com os autores, a primeira lei proibicionista no Brasil é de 1830 e ficou conhecida como “Pito do Pango”, expressão que se refere a maconha fumada em cachimbo de barro pelos escravizados, como parte de sua cultura <sup>26</sup>. Esse ano da lei, Primeiro Império, marca um momento no qual a cidade do Rio de Janeiro abrigava a maior população preta escrava que se tinha notícia. (David, Marques e Silva, 2019). A partir da Pós-abolição do escravagismo, as teorias racistas e eugenistas elaboradas no século XIX, para controle e aniquilamento da população negra supostamente liberta, fornecem sustentação ao campo da moralização e marginalização das drogas.

David, Marques e Silva (2019) destacam o papel da classe média durante o início do século XX na instituição de um aparato jurídico para o controle do uso e comércio de determinadas substâncias, articulação política fundamental à implementação do proibicionismo às drogas no Brasil. A lei nº. 4.294 de 14 de julho de 1921 é um marco, seguindo a tendência mundial, principalmente dos Estados Unidos, do controle do álcool<sup>27</sup>. Ao mesmo tempo, o controle sobre as substâncias mais difundidas entre as elites, como cocaína e morfina, considerados segundo os autores “vícios sociais elegantes”, era tangencial. Associavam o uso da maconha às classes mais baixas e aos negros; nessa época são cunhadas e passam a circular quase que simultaneamente as expressões macumbeiro e maconheiro, “consonante com o funcionamento da Inspeção de Entorpecentes, tóxicos e manifestações (criada em 1937), que reprimia a um só tempo, o uso da maconha, as práticas religiosas de matriz africana e afro-indígena, além do samba e da capoeira” (Silva, 2014; Vidal, 2008; Fiore, 2007 apud David; Marques; Silva, 2019, p.41).

Os documentários *Cortina de Fumaça* (Niven, 2010), e “*Fora de si*” (Canal Futura, 2013) explicitam as relações entre Estado (em nossa perspectiva, práticas de governo) e substâncias, e os usos que este/estas lançam mão para o controle das possibilidades de insurgência da população: tanto a proibição do ópio entre a legião de trabalhadores chineses explorados nos EUA, quanto a

---

<sup>26</sup> Fonte: BARROS, André. *Smoke Buddies*, 2019. Disponível em: <https://www.smokebuddies.com.br/o-racismo-e-o-pito-do-pango/>. Acesso em: 01 mai. 2021.

<sup>27</sup> Em 1919 é aprovada nos Estados Unidos a Lei Seca, essa proibia a produção, importação, exportação e a venda de bebidas alcoólicas “criando a primeira grande rede de traficantes e organizações, que se dedicaram a suprir o mercado ilícito criado em consequência da Lei Seca” (D’ELIA FILHO, 2007, p. 84). Com o mercado ilegal e a formação da Máfia, a taxa de homicídios foi altíssima (...) O fato que derrubou a lei foi econômico, a Depressão de 29/30 fez com que o governo repensasse a quantidade de impostos que o álcool arrecadava, cerca de 32% da arrecadação federal (MAGRI, 2007, p. 5)”. (Fernandes; Fuzinato, 2012, p. 04)



distribuição da ração militar dos soldados franceses na segunda guerra mundial, de até um litro e meio de vinho diariamente, tem funções políticas.

Nesse período, **observa-se que as propriedades farmacológicas das substâncias não eram o fundamento das intervenções realizadas;** os alvos principais do discurso brasileiro antialcoólico eram os “hábitos de consumo da população pobre e mestiça” (Marques, 2014, p.222) e **o que estava em questão e sob alvo intervencionista eram costumes e práticas das classes consideradas perigosas.** As formas de consumo e o tipo de bebida “compunham sinais de demarcação entre os grupos sociais” (Marques, 2014, p.257); por exemplo, o consumo de vinho e cerveja eram respeitados, diferente da aguardente que era “sinal da degradação do negro” (Marques, 2014, p.257). (David; Marques; Silva, 2019, p.41)

Nesse contexto, a Psiquiatria é aliada essencial na ratificação da associação entre alcoolismo e desorganização moral e social, fornecendo subsídios teóricos para fundamentar programas de higiene mental (Musumesci, 1994, apud David; Marques; Silva, 2019). Os autores demonstram como o projeto médico de saneamento social representava uma alternativa ao problema da mestiçagem. Os anos de 1960 podem ser considerados como o período decisivo de ampliação do modelo biomédico na compreensão do consumo de substâncias e na difusão da noção de “dependência”. As Leis nº 5.726, de 29 de outubro de 1971 e nº 6368, de 21 de outubro de 1976, promulgadas durante a ditadura civil-militar, com o foco na repressão ao tráfico e consumo de drogas, trazem incorporada essa noção de “vício”, diferenciando-se do “crime”, e propondo a segregação em estabelecimentos hospitalares como alternativa às prisões para aqueles considerados dependentes de drogas. “Para Bittencourt (1986), nesse momento, institucionaliza-se a Psiquiatria como aliada no fortalecimento da repressão e do controle de drogas no Brasil” (David; Marques; Silva, 2019, p.42).

Essa lei esteve em vigor até 23 de agosto de 2006, isto é, durou 30 anos, quando foi promulgada a Nova Lei de Drogas (11.343). Esta, diferencia porte para consumo e porte para tráfico, e retira a pena de prisão para quem for considerado usuário, instituindo penas e medidas de caráter socioeducativos e de tratamento. Os autores supracitados, juntamente com outros pesquisadores, militantes, usuários de drogas e outros atores sociais que discutem a descriminalização, demonstram as controvérsias da lei, que mantém o viés punitivista. Além disso,

para a população negra e pobre mantém as mesmas consequências criminalizantes, na medida em que não estabelece objetivamente as circunstâncias que justificam prisão, não se tem por exemplo uma quantidade em gramas que defina quem é usuário e quem é traficante. “Para determinar se a droga destinava-se a consumo pessoal, o juiz atenderá à natureza e à quantidade da substância apreendida, ao local e às condições em que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos antecedentes do agente” (Lei 11.343, artigo 28, parágrafo 2º). Em uma estrutura racista, classista, nas instituições treinadas para matar pretos e pobres (polícia), e outra para encarcerá-los (judiciário), que interpretações serão feitas diante dessas margens deixadas em aberto?

Entre 2005 e 2013, a população carcerária dos delitos relacionados com as drogas aumentou 345%, saltando de 32.880 para 146.276 (Depen/MJ, 2014). O encarceramento tem classe, tem raça, tem gênero, tem idade. O Brasil é o quarto país que mais encarcera (...) 2 em cada 3 presos é negro no Brasil, 55% são jovens. Boa parte das tipificações para o encarceramento está relacionada ao tráfico de drogas, sendo 26% da população prisional masculina e 62% das mulheres, enquadradas como traficantes. Embora sejam os homens jovens, pobres e negros o que predomine no nosso sistema prisional, é digna de nota uma curva alarmante do encarceramento feminino desde 2000, sem parâmetros comparáveis nesta série histórica, com nenhum outro país. Percebemos um aumento de 656% na taxa do encarceramento feminino. Destacamos que 62% dessas mulheres aprisionadas são negras (pretas e pardas) e enquadradas, como mencionado anteriormente, no crime de tráfico. Se a mulher branca sofre por ser usuária de droga o juízo moral e a “patologização”, às mulheres negras, restam, além do enquadramento moral e a objetificação do seu corpo, o enquadramento jurídico. (David; Marques; Silva, 2019, p.42-43)

Quem não é encarcerado, é assassinado, haja vista em quais locais geográficos se travam a guerra as drogas, onde a máquina tem aval, inclusive da sociedade civil, para atirar. Os autores puxam uma questão que tem estado em voga atualmente, a respeito da saúde mental da população negra, que vivencia o encarceramento, o extermínio e seus desdobramentos, seja o próprio ou o dos

seus. Eles utilizam o termo “neomanicomialização da população negra”, afirmando que o Estado racista determina os que podem ter saúde mental, e os que podem viver atormentados em seu sofrimento produzido pelas condições sociais, “é o Estado racista também que determina sob quais condições tratamos da saúde mental da população brasileira, que tipo de investimento, com quais psicologias e quais abordagens” (Santos, 2018, p.247 apud David; Marques; Silva, 2019, p. 43).

Nesta esteira, destacamos que “o manicômio historicamente foi uma das estratégias políticas de poder e de controle que afastou o negro, não só da sociedade, mas, também da possibilidade de se identificar racialmente de maneira positiva” (David, 2018, p. 136). O “manicômio” não é só uma estrutura física. É um conjunto de aparatos científicos, legislativos e administrativos que se referem a um objeto fictício “a doença mental”, descolado da existência, complexa e concreta, dos sujeitos e do corpo social. A internação e a tutela têm como finalidade a subtração das trocas sociais. Como diz Rotelli (2001, p.61), “o manicômio é o lugar zero da troca”. (David; Marques; Silva, 2019, p. 43)

Nessa perspectiva, os autores sublinham as novas formas manicomialis para a população negra: • O sucateamento do SUS; • A psiquiatria tradicional (biomédica) aliada à indústria farmacêutica, psicopatolizando a população negra, em especial as crianças e adolescentes; • O judiciário; • A polícia que protagonizou o genocídio dessa população, além de promover constantes cenas de humilhação e violência para/com usuários (e não usuários) de drogas. • O grande financiamento público destinado às Comunidades Terapêuticas, na sua quase totalidade, vinculadas a organizações religiosas (neopentecostais e católicas), que reconhecem manifestações da cultura e de religiões de matriz afro-brasileiras como alucinações e delírios (David, Marques, Silva, 2019). O artigo conclui que as políticas de saúde/saúde mental, voltadas para os usuários de drogas, não se sustentaram ética e politicamente de forma antirracista, acarretando em um prejuízo direto para a população negra, em especial aqueles mais pobres, fazendo-se necessário o reconhecimento do racismo institucional nos equipamentos de segurança pública e de saúde.

Considerando o que discutimos na entrada 1 desse texto, sobre práticas de governo, biopoder e necropolítica, entendemos que a governamentalidade que tem no Estado sua fachada, não se trata de práticas alheias aos corpos caídos, violentados e adoecidos. O Estado não desconhece que sua função seja matar, não precisamos avisar. Ainda assim, nos equipamentos públicos destinados a

recolher os restos, ao controle e a tutela do que escapa, também alimentados e subvertidos pelo nosso trabalho e compromisso com uma agenda antimanicomial e antirracista, insistimos na sensibilização de nossos pares. Através da insistência em ato nas brechas que Leonel aponta: no juiz, no médico, na professora, nos usuários das políticas, seus familiares, nas nossas equipes, em nós. Heterogeneidade nas modalidades de tratamento, compreensão da dimensão da cidadania, presença, abertura.

Voltando novamente para o campo clínico dessa discussão sobre drogas, também atravessado por essas questões políticas e econômicas, podemos incluir que, conforme traz o psiquiatra Dartiu Xavier no documentário “Fora de si”, o drogado é o paradigma das nossas sociedades contemporâneas — alguém que não consegue parar de consumir. O que isso diz sobre nós? “Escolha o seu futuro. Escolha a vida. Por que eu iria querer algo assim? Eu escolhi ‘não escolher a vida’. Eu escolhi uma outra coisa. E os motivos? Não há motivos. Quem precisa de motivos quando se tem heroína? (Filme *Trainspotting*, 1996). Lancetti (2008), recupera de Deleuze (“Duas Questões”) a ideia de que o drogado não sofre do uso de drogas, mas da abstinência de drogas. Os drogados não são os que usam, “mas os que estão em eterna abstinência, os que nunca param de parar. E os alcoólicos anônimos fundamentam o tratamento na abstinência e esse fundamento vira uma ideologia de luta contra as drogas (...) o que acontece é que esse tipo de estratégia aprofunda a dependência, substitui a dependência por uma dependência neurótico-obsessiva” (Lancetti, 2008, p.71).

O autor faz referência constantemente ao enfrentamento de tratamentos que se encontram burocratizados, sem descobertas, repetitivos, os englobando como as “tradicionais maneiras burocráticas e simplistas feitas para atender os pobres” (Lancetti, 2008, p.31). Entretanto, chama a atenção para o cuidado em não repetir de modo protocolar experiências que foram exitosas em determinadas circunstâncias e territórios, o que me parece ser uma tendência das equipes de saúde. Lancetti é adepto das terapêuticas enquanto máquinas, em constante movimento, em constante metamorfose. Essas pistas metodológicas não dizem de um público específico, os usuários de substâncias psicoativas, mas da lógica de funcionamento dos serviços públicos ofertados a qualquer população. Ele, que participou da face instituinte dos NAPS/CAPS, da força revolucionária do movimento antimanicomial, discorre sobre os CAPS atravessando, alguns anos mais tarde, o problema da centralização em si mesmos, a pouca porosidade ao território. Cita um NAPS que conheceu em 1997 em Goiânia, que a seu ver funcionava tal qual uma clínica de psicologia infantil privada, “atendia somente crianças e quem se adaptava aos procedimentos que eles manejavam” (Lancetti, 2008, p.46).

É impossível não comparar com os dias atuais, quando vemos os serviços construírem barreiras de acesso para crianças e adolescentes em situação de rua, entendendo sua função como exclusiva para acolher autistas e crianças com dificuldades escolares. “A maioria dos CAPS não funciona pensando na cidade, e em seus problemas mais candentes, e muito menos se preocupa com a diminuição das internações psiquiátricas, dos suicídios, dos homicídios ou de outras formas de violência” (Lancetti, 2008, p. 47). Assim, conclui, não são os serviços que precisam procurar novas estratégias clínicas, os usuários é que são convocados a adaptarem suas demandas às ofertas dos serviços. Explicito que não sou do grupo que atribui à população pobre em sofrimento psíquico e social características morais como bondade, honestidade e inocência. Lidamos com pessoas que nos dirigem enquanto equipes técnicas toda a agressividade, violência e astúcia decorrentes da insatisfação com o sistema que as massacram. Lidamos com pessoas que também fazem escolhas, e têm responsabilidade sobre as partes que lhes cabem em suas próprias vidas. Negar isso seria acreditar na homogeneização, na falta de autonomia e descartar a dimensão de singularidade na produção das subjetividades. Entretanto, as equipes técnicas já sabem bem como enfatizar esses elementos: barrar o sujeito, colocar limites, reconhecer seus próprios limites e pararem de atender alguém, dar altas administrativas, implicar as pessoas com a sua história. O ponto que puxo nesse trabalho é onde nos embarçamos, é sobre aquela parte institucionalizada em nós, que reproduz uma lógica burocratizada, apática e excludente.

Lancetti defende que o Ministério da Saúde deveria ter começado implantando os CAPS III, que funcionam 24h por dia, já que a premissa maior era substituir o modelo hospitalocêntrico. Chama a atenção para o fenômeno dos CAPS envelhecerem prematuramente, se segmentarizarem: “sua vida torna-se cinzenta, infantilizada e os profissionais são regidos pelas dificuldades e se enclausuram em diversas formas de corporativismo. Os recursos se reduzem, se repetem e as equipes, como dantes, voltam a centralizar-se no psiquiatra. Retornam os ambientes sombrios e o odor de *haloperidol* que caracteriza, pelo cheiro, o hospício ou a clínica” (Lancetti, 2008, p.47-48). Lancetti é taxativo, e com sua sensibilidade cortante ilustra o cerne da questão — para ele UM CAPS BUROCRÁTICO É UM CAPS QUE CHEIRA MAL. Em 2007, quando na primeira entrevista na ONG interdisciplinar na qual estagiei, fiquei incomodada com o estado do lugar. Semelhante a tantos outros lugares reservados a receberem os pobres. O cheiro era o que mais incomodava. Pensei imediatamente que a pobreza tinha cheiro de feijão refogado na panela com bastante alho, então por que sempre aquele cheiro de guardado apodrecido nos lugares reservados aos pobres? Poderia estar sendo reducionista, estava fresca na vida, nunca adentrara os territórios da saúde mental e da assistência social. Depois a gente fica com cheiro de guardado também, o odor da nossa própria institucionalização. Mas ainda considero que o que cheira mal é o empobrecimento de

uma população, a falta do saneamento básico e da água corrente, é a sala apertada e sem janelas que oferecemos para mais de 20 pessoas comerem juntas em um serviço de saúde.

Barreto, do grupo de alcoolistas, faleceu em 2014. Acompanhei seu processo de descoberta e tratamento de HIV, o vi ficar cada vez mais sóbrio, e cada vez mais triste. O convidei para passeios, junto com o grupo de “pacientes psicóticos”. Testemunhei sua reaproximação do filho. Continuei recebendo suas tiradas sarcásticas, me divertindo secretamente com algumas. Se tanto pesquisa-intervenção quanto redução de danos defendem que é com as pessoas que dizemos querer pesquisar/cuidar que aprenderemos alguma coisa, e que poderemos construir um campo de intersecção, diálogo, tratamento — essa figura rechaçada, que se fazia grotesca, deixou marcada em nossa equipe (auxiliar administrativa, acompanhante domiciliar, técnica de enfermagem, oficinheiro e psiquiatra) aberturas para o que é caos e passagem. Vias fundamentais para aprender a se vincular.

Barreto, não sei te escrever. Algumas vezes roubei seu sarcasmo e desprezo pela saúde mental para colorir de ironia meus trabalhos acadêmicos. Teve aquela vez que compartilhamos a mesma brisa num zoológico qualquer, aquilo era saúde: sair da clausura na qual o tratamento para álcool e outras drogas nos aprisiona. E você entrando bêbado nos meus grupos e eu tentando fazer dali um espaço que fosse teu. E eu sabia o quanto você precisava, e em tantos momentos você aceitou meu amparo. E você passou a fazer outros passeios a partir dos nossos. E passou a entregar tanta coisa, pra mim e para os outros. Você era meu melhor exemplo de paciente difícil, mas não vou te citar mais porque não quero que pensem que foi por causa da bebida. Fomos fortes para aceitar todas as recaídas, o vírus, a cólera, o ódio - mas o que dava pra fazer diante da morte? Nunca te escreverei direito, mas fica comigo a sua força disruptiva. Esta que transborda qualquer diagnóstico, e qualquer coisa que possam dizer sobre você. Esta que me ensinou a trabalhar. Fico com aquela imagem de um pinguim mergulhando, enquanto esquecíamos pressuposições sobre saúde e doença. A paz celestial não combina contigo, vá com música, mesmo sem as cordas do teu violão. (Escrita livre, 2014)

## 2.5. “A Flor e a Náusea”

“Acreditar no mundo é o que mais nos falta, nós perdemos o mundo, ele nos foi tomado”, disse Deleuze (1998, p. 218). Sendo ele o filósofo da multiplicidade, entendemos que possa haver outros mundos, inclusive nesse que se supõe perdido. E sendo também o filósofo da imanência, sabemos que fala de mundos possíveis de acessar, de construir. Continua: “Acreditar no mundo significa principalmente suscitar acontecimentos, mesmo pequenos, que escapem ao controle, ou engendrar novos espaços-tempo, mesmo de superfície ou volume reduzidos” (1998, p. 218). Nas políticas públicas, quando o olhar é capturado pela falta (“nada presta”), ou pela conformidade (“sempre foi assim”) — operações que têm em comum a tendência da automatização do trabalho — é importante se perguntar de que mundo estamos falando, quais mundos queremos afirmar. Tomando o cotidiano dos serviços das políticas públicas em sua dimensão paradoxal, que inclui as virtualidades, podemos perceber um rio de analisadores.

No CAPS-ad para começar e para encerrar o dia fazíamos uma reunião de abertura e uma de fechamento, com todos os técnicos e usuários presentes. O objetivo era receber bem as pessoas pela manhã (e se despedir na parte da tarde), ouvir o que tivessem a dizer, dar informes gerais, falar das atividades do dia, comentar alguma notícia. Um espaço curto e de certa forma livre, para dar início ao funcionamento, e fazer o fechamento, do serviço a cada vez. Alguns técnicos tomavam para si essa função e participavam sempre, outros não davam importância e se ausentavam com frequência, alguns ficavam desconfortáveis com as reuniões e buscavam se manter em silêncio ou não estar presentes, se fosse possível escapar. De minha parte, ficava bastante desconfortável, encantada e participativa. Antes dessa atividade, fazíamos a abertura interna na salinha da equipe para amarrar entre nós o funcionamento do dia. Enquanto isso eles tomavam café, batiam na porta com demandas, confabulavam, aguardavam. Acompanhar aquelas reuniões de abertura e de fechamento, me ocorre agora, daria um trabalho acadêmico a parte: “Cartografias das entradas e saídas do CAPS-ad - tensões entre usuários, equipes e o mundo”.

A depender do modo de olhar, aquele ritual diário poderia parecer repetitivo, automático, e até era, mas ao mesmo tempo, também fazia explodir embaixo dos nossos narizes os mais diversos e inquietantes acontecimentos. Por vezes captava ali um funcionamento semelhante ao exército, com a equipe técnica travestida de generais de alta patente e os usuários cabisbaixos batendo continência; noutras um caráter de assembleia de movimento social, onde *qualquer coisa* poderia acontecer. Já delirei rebeliões em presídios, com técnicos e usuários acuados, à mercê de determinadas figuras com poder de fogo. Outras vezes parecia que estávamos todos no Jardim da Infância.

Durante o período que estive na Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos (SEASDH), atravessava a Central do Brasil com medo de ser assaltada, escolhia o caminho que me sentia menos insegura e entrava as pressas no prédio do relógio. Lá havia vários andares que gestavam a assistência social e os direitos humanos dessas pessoas que ficavam lá embaixo em situação de vulnerabilidade. O trabalho do meu setor, era assessorar e monitorar os gestores e as equipes que operacionalizavam a assistência social no estado do Rio de Janeiro. Volta e meia, algumas pessoas conseguiam burlar a portaria e acessar o prédio da gestão da pobreza; batiam a nossa porta com as situações mais diversas: falta de moradia, falta de comida, desaparecimento de algum familiar, desejo de voltar para o município de origem, etc. “Aqui é a Assistência Social, o que vocês podem fazer por mim?” era o pedido implícito. Ouvíamos as demandas e tentávamos encaminhar para o CRAS, CREAS de referência. Em alguns casos fazíamos uma ponte com o Hotel Popular<sup>28</sup> ali no Centro para conseguir um pernoite de urgência.

Em geral, esse público saía insatisfeito, sem o problema resolvido da maneira que esperavam. Os técnicos permaneciam entre a insatisfação e o alívio de encerrarem a questão, afinal de contas trabalhavam na gestão, e não na ponta. Ocupados, cansados da articulação infrutífera com algumas equipes da ponta, com a distância territorial dos equipamentos, se questionando como um, CRAS, daria conta de tantas demandas da Central. E por fim, pensando por que a portaria do prédio não era mais eficiente. Havia mais um fator de desconforto, principalmente para mim e meu grupo de colegas recém-contratadas ainda aprendendo o que era operar na gestão: uma funcionária que secretariava nosso setor ficava ouvindo, de sua mesa ao lado do sofá da entrada, a conversa que tínhamos com as pessoas. Era difícil saber (não necessariamente admitir) que não tínhamos muito o que oferecer ao desespero daquelas pessoas, manejar sua insistência, seus pedidos por dinheiro para passagem, com uma testemunha tão voraz. Logo se espalhou o boato: “a secretária fica dando nota para os atendimentos que fazemos, e ela só dá nota alta para as técnicas que são amigas dela”.

Nos ínfimos acontecimentos cotidianos dos serviços de saúde e de assistência social é possível entrar em contato com discursos/práticas, que se dobram e desdobram, repetindo, surpreendendo, capturando, escapando. A reunião exclusiva de uma equipe antecedendo a reunião que inclui os usuários, uma batida na porta em horário inconveniente, uma voz artificial em tom

---

<sup>28</sup> O Hotel Popular da Central do Brasil foi uma iniciativa da Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos (SMASDH). Em 2017 foi reinaugurado como Espaço Solidário, voltado para trabalhadores dos mercados formal e informal, que não podiam arcar com passagem e retornar para casa. A entrada na unidade era feita das 18h até as 22h, e a saída até as 8h de segunda a sexta-feira. Fonte: Vasconcelos, Ana Luiza. Agência Brasil, 2017. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-07/hotel-popular-no-rio-recebe-melhorias-e-oferece-agora-cursos>. Acesso em: 30 mai. 2021.



infantil se dirigindo a homens e mulheres adultos em um serviço de saúde mental, a atribuição e a evasão dos técnicos; a Central do Brasil, a catraca na porta do prédio, o desconcerto da gestão perante as demandas da ponta, as fofocas de corredor, o não saber o que fazer, o dinheiro escasso dos profissionais, a pobreza no entorno. A história do Brasil recontada por gestos, vozes, corpos e cores distintas. No exercício de olhar para a virtualidade dos processos, trago temas centrais na saúde mental e na assistência social através das expressões de usuários e profissionais em espaços formais e informais, recortes de diários de campo, buscando uma aproximação das práticas sob esses termos “macros”:

#### → POLÍTICAS PÚBLICAS:

- Estratégias de governos de bem-estar social.
- Se consultar com psicólogo sem precisar pagar.
- Tudo o que é público é uma porcaria, mas o pessoal aqui cuida da gente.
- Eu estava aqui desde a inauguração desse CAPS.
- Ninguém para aqui, os médicos... todo mundo vai embora.
- Pegar remédios de graça.
- Eu tenho direito a Bolsa Família?
- Tem que ter política pública para não ficar na mão da boa vontade dos políticos.
- As secretarias de assistência social são da mulher do prefeito, ou pertencem a algum vereador.
- Funcionários são coagidos a fazer campanha política para vereadores e prefeito.

#### → PÚBLICO:

- Nos serviços os quais trabalhei, nunca entrei nos banheiros para os usuários. Havia um banheiro para a equipe e outro para o público. No CAPS-ad a enfermagem entrava constantemente, ajudando algumas pessoas a tomarem banho; e quando o chuveiro queimava, esquentavam água no fogão.
- Por que não cuidam do espaço público que eles mesmos utilizam? Perguntam aqueles protegidos pela privacidade da vida burguesa, das grades do condomínio, e por detrás dos vidros do carro.
- O que é se apropriar de um espaço?
- Ninguém confiava na água do serviço de saúde. Cada um carregava automaticamente sua garrafa de casa. Exceto os usuários.

- Havia guimbas de cigarro nos vasos de plantas e lixo pelo chão. Fazíamos falas sobre cuidar do espaço coletivo, dirigidas aos usuários. Enquanto em nossas reuniões de equipe, copos descartáveis e outras embalagens ficavam espalhadas pelo chão, aguardando a moça do serviço de limpeza.
- Para além do espaço físico, onde percebemos a dimensão coletiva dos espaços?

#### → POBREZA:

- As famílias consideradas extremamente pobres são aquelas que têm renda mensal de até R\$ 89,00 por pessoa. As famílias pobres têm renda mensal entre R\$ 89,01 e R\$ 178,00 por pessoa.
- Essas mulheres ficam arrumando filhos para receber Bolsa Família e não precisar trabalhar.
- Programa Bolsa Família: **Benefício Básico**, concedido às famílias em situação de extrema pobreza - R\$ 89,00 mensais. **Benefício Variável**, destinado às famílias em situação de pobreza ou extrema pobreza que tenham gestantes, nutrizes, crianças e adolescentes de 0 a 15 anos - cada benefício é de R\$ 41,00, pode acumular até 5 benefícios por mês, chegando a R\$ 205,00.
- Doutora não tem água na minha casa. Eu acordo e cago numa sacola porque não posso dar descarga. Tenho que correr atrás do meu café da manhã. Como vou ter vontade de vir pro CAPS só porque é importante pra mim? Tem dias que nem lembro.
- Jovem, negra, questões psicológicas aparentes, 03 filhos pequenos, marido psicótico, trabalhador explorado e usuário de drogas. Busca creche e escola perto de sua casa para os filhos mais novos, para procurar emprego e se separar do marido. O que pede do CAPS-ad, abstinente e ausente há anos do serviço, é ajuda para tomar anticoncepcional injetável e para o conselho tutelar arrumar vaga para as crianças; a inscrição é online, ela já foi na escola do filho maiorzinho perguntar. Haverá vaga, mas não necessariamente na escola do outro filho, perto de casa. Com relação ao anticoncepcional, sua área não é coberta pela atenção básica. A Policlínica é irredutível, só pode agendá-la se apresentar comprovante de residência, ou uma declaração da associação de moradores. Faz a inscrição dos filhos com a conselheira, está sempre com os 03 quando vai me procurar no CAPS. Vemos o endereço do CRAS, da associação de moradores, que ônibus pegar quando tiver dinheiro de passagem. A vida não aguarda o tempo da burocratização dos serviços públicos. Ela some por um tempo, estava sem celular. Quando a encontro, me conta que está grávida.

#### → LOUCURA:

- Psiquiatra não é só para atender maluco, precisamos acabar com esse preconceito.
- Eu só tenho problema com drogas, não sou maluco igual a ele.

- Tem gente que chega e percebemos que é psiquiátrico, mas não aceita ser encaminhado ao CAPS.
- É doido nada, fica se fingindo e as psicólogas têm pena. O problema desse CAPS é esse monte de vagabundos.
- Quem está em crise não pode ficar no CAPS, o que a gente vai fazer com a pessoa aqui? Tem que chamar a SAMU para levar pra Jurujuba (internação).
- A questão não é se o usuário da rede de saúde mental pode ser entendido como trabalhador em potencial ou trabalhador efetivo, mas sim, se nós os “malucos” seremos um dia percebidos como pertencentes a uma mesma humanidade.
- Maluco é a ordem que te dão para ser.
- Dois dias intensos de trabalho na UFRN onde estiveram reunidos universidades, usuários da saúde mental, Conselho Regional de Psicologia, trabalhadores de diferentes redes de cuidado, e demais parceiros, para fortalecer e inventar conexões, bem como enfrentar localmente um problema mundial: as práticas medicalizantes capilarizadas em nosso cotidiano. Práticas medicalizantes que, grosso modo, têm mais a ver com processos de individualização e uma certa "despolitização" das problemáticas sociais, econômicas, etc., do que com tomar um ou outro medicamento. Entre muitas falas marcantes, de pessoas de diferentes formações e regiões do país, fico com a frase de um universitário usuário da rede de saúde mental, dito esquizofrênico: "A gente vem ao mundo e cada um só quer ficar na sua ilha de individualidade e razão". Ele havia feito antes uma referência a Foucault: "Vigiar e Punir é um livro muito claro - não importa qual instituição vai dar a chibatada".

→ CONFLITO:

- Acontecimentos que disseminavam medo nas equipes: falta de controle, não saber de antemão como lidar com as situações, como se posicionar, quais as estratégias para gerir o caos.
- Situações que deixavam as equipes irritadas: uma falta de respeito ficar arrumando confusão no local de atendimento/tratamento.
- Algo do qual fugíamos porque dava trabalho lidar, e geralmente o tempo já estava previsto para ser ocupado com outras demandas.
- O que não deixava as equipes permanecerem em silêncio nas reuniões. Até as pessoas mais caladas tinham algo a dizer quando situações limites explodiam nos serviços.
- O que afastava fantasmas, dissolvia não-ditos. As coisas vinham à tona. E por um tempo pactuações eram feitas e sustentadas.
- O que forçava a pensar. O conflito ajudava inclusive a refletir sobre outras situações que embora não ganhassem destaque, também eram complexas.

Os inimigos do conflito:

- A hierarquia/autoridade/controle de posições que definem quem pode falar, em qual momento e qual a hora de cortar.
- Os esclarecidos que vem colocar panos quentes e explicar que não há necessidade de exaltações.
- A psicologização que sobrecodifica a singularidade dos acontecimentos, justificando tudo a partir de códigos dos quais detém prévio conhecimento. Qualquer coisa é capturada por uma explicação.
- A violência: agressões ou ameaças, explícitas ou sutis, partindo de usuários ou de técnicos.

→ VIOLÊNCIAS:

- Agressões físicas e/ou verbais.
- Usuários quebravam o vidro da recepção. Por fim deixamos sem o vidro.
- Usuários e técnicos assediavam mulheres usuárias e técnicas.
- A naturalização da homofobia nas falas coletivas de usuários e técnicos.
- A recorrente falta de remédios psiquiátricos na farmácia.
- O usuário com dor de dentes ou outra questão de saúde, ouvir que seu problema era psiquiátrico.
- A demora na marcação de ortopedista, oftalmologista e de exames laboratoriais mais complexos.
- O tratamento que as pessoas recebem no INSS (Instituto Nacional do Seguro Social).
- Médico, psicólogo e residentes de psiquiatria discutindo os casos de determinados pacientes durante a própria consulta, como se eles não estivessem ouvindo.
- O discurso vazio dos gestores.
- Quando a emergência psiquiátrica era sarcástica com o restante da rede de saúde mental.
- Quando a saúde mental era sarcástica com a emergência psiquiátrica.
- Construir um projeto de acompanhamento que envolve trabalho, se dando conta do desemprego.
- Vagas de trabalho protegido que na descrição das exigências pedem uma “boa aparência”.
- Os meninos e as meninas em situação de rua mal-recebidos nos serviços de saúde mental.
- A moça que usava muletas não participava das oficinas do serviço de saúde, quando eram feitas no segundo andar, e o acesso se dava por escadas. A falta geral de acessibilidade nos serviços.

→ VÍNCULO:

- Seu Milton fazia geleias com laranjas do quintal de casa e levava de presente.
- Os usuários escolhem os dias para irem aos serviços, a fim de procurar por pessoas específicas.

- A confiança nas intervenções do médico.
- A pessoa já não tinha mais problemas com drogas, mas continuava indo ao CAPS-ad.
- Durante graves crises agudas, os pacientes escutavam/reconheciam seu técnico de referência.
- Compartilhávamos comida nas equipes.
- Sofríamos quando alguém ia embora.
- Vínculos frágeis de trabalho.
- A maioria de nós, precisava acumular empregos, o que reduzia a concentração e a disponibilidade.
- Os usuários testavam nossa paciência, sabendo que estaremos ali para eles.
- Quando o espaço de acompanhamento é um lugar na cidade onde os usuários não são rechaçados.

#### → REDES:

- Falávamos de onde vínhamos (saúde mental, assistência social), e isso abria portas.
- Falávamos de onde vínhamos (saúde mental, assistência social), e isso fechava portas.
- Quando sabíamos que as pessoas precisavam de mais coisas além do que havia no serviço.
- Quando lançávamos apostas de que existia vida lá fora.
- Às vezes só dava para falar com profissionais de outros serviços pelo telefone.
- Andávamos pela cidade com os usuários e tudo mudava na relação.
- Havia dias que não queríamos tecer diálogo nas reuniões, só restavam fios de voz.
- Buscávamos cotidianamente ampliar os lugares e pessoas para manter contato fora do serviço.
- Quando era possível contar com as famílias.
- Quando o psiquiatra e outro técnico de saúde mental tomavam um caso para si e se apoiavam.
- Quando alguém da equipe dizia a um colega esgotado: “deixa que eu faço isso para você”.

#### → CRONIFICAÇÃO:

- Quando ninguém da equipe sabe o que um paciente faz em um serviço de saúde ou de assistência.
- Todo mundo ri quando ele abre a boca para começar a falar.
- “Ele é assim mesmo”.
- O profissional está aguardando para se aposentar.
- O ouvido não ouve. A boca não sorri.
- As paredes estão descascadas, as salas cheiram a mofo e há entulho por toda parte.
- Os casos não são levados para serem discutidos em reunião.
- Os prontuários não tomam ar.

- Se conformar em ganhar R\$ 2mil reais sem benefícios, para trabalhar 30h semanais.
- A linguagem que repete os mesmos clichês.
- Um pátio cheio de gente com a mesma faixa etária.
- Uma porta que não se abre para as juventudes.
- Agendas lotadas. Porta de entrada fechada.

→ INTERDISCIPLINARIDADE:

- Tem alguma coisa no meu saber que é insuficiente.
- A minha função não é conversar, chama o psicólogo pra falar com ele.
- Por que só o técnico de enfermagem tem que se lascar indo acompanhar paciente na SAMU?
- De você eu só quero o carimbo e a assinatura
- Por que a gente tem que participar dessas reuniões chatas? Devia ser só para os psicólogos.
- A maioria dos cargos de coordenação da saúde mental de Niterói são ocupados por psicólogos.
- Isso aqui não é um ambulatório de psiquiatria, mas de saúde mental.
- Eu não sei ficar falando, sou mais de fazer.
- Os pacientes falam com o porteiro coisas que não falam com o técnico de referência.

→ DESINSTITUCIONALIZAÇÃO:

- A equipe da rede de saúde mental que discute os casos de longa internação, ajudando a pensar casos graves recentes.
- O Programa De Volta Para Casa e as Residências Terapêuticas.
- Quando não sabemos lidar com uma situação, não temos respostas.
- Os passeios e as oficinas de arte, música, futebol, beleza. O Carnaval.
- A Coordenação de Saúde Mental se transfere de dentro do Hospital Psiquiátrico para a cidade.
- O paciente com demência alcóolica que passa xingando a equipe técnica de filhos da puta.
- Um usuário dócil se recusa a colaborar.
- Os profissionais de saúde mental se assumem como trabalhadores e passam a reivindicar condições dignas de trabalho.
- Quando entra um técnico novo para cuidar de um caso, e parece se tratar de um outro caso.
- Estagiário levam para as equipes situações que ninguém discute.
- Quando alguém escolhe ir embora de uma equipe.

## ENTRADA 3

### O PRESENTE É A MINHA MATÉRIA: SEM JUÍZO FINAL



Estamos chegando ao final dessa trajetória, que pode se desdobrar em outros caminhos. Uma pesquisa é um recorte contextual em uma processualidade que zomba de mitos da origem e parábolas sobre juízos finais. A artificialidade das ciências humanas não alcança os fios da história, embora foque sua lente sobre alguns fragmentos. Como você se sente até aqui com os fragmentos que pudemos costurar? Uma pausa. Experimente olhar para o sol ou para as estrelas, quem sabe para o termômetro que orienta o que você valora na vida. Ficamos muito enclausurados e curvados nesse exercício de pesquisar. Adentraremos agora o território das histórias que as pessoas contam sobre elas próprias. Seus enfrentamentos no trabalho, suas alianças e aspirações em um mundo complexo sobre o qual, a cada século, a cada ano, a cada esquina, alguém proclama o seu fim. Após manejarmos nossas ferramentas e produzir nossas análises até aqui, máximo respeito para ouvir as experiências de outrem. É sobre a ética dos encontros, a restituição de nossos trabalhos a comunidade, que trata esse trecho. E, no último fôlego dessa entrada, termina o compromisso com o que torna uma escrita importante. Ele borra, desdiz, constrange, e não prova nada. Convida nossa carne a entrar em contato com o que se passa para fora das nossas sensibilidades hegemônicas. Obrigada por sua presença-paciência, te desejo coragem para as suas entradas profissionais, e de vida, e que possa haver múltiplas saídas.

### 3.1. Ética e Pesquisa:

Um dos principais efeitos do processo da qualificação no doutorado, foi considerar conversar com profissionais e usuários das políticas públicas sobre as hipóteses levantadas na pesquisa. Embora a banca de qualificação tenha assinalado uma quantidade de material suficiente para análise, senão um excesso, suas ressalvas sobre uma tendência judicativa no texto — uma certa avaliação apocalíptica das experiências — me instigaram a buscar outras vozes narrativas. Para que pudessem deslocar esse narrador tagarela, e um pouco rabugento, que evoco a partir das minhas próprias experiências de trabalho. Incluir entrevistas em uma pesquisa não garante por si só espaço para que outra voz, além daquela do pesquisador, ganhe ênfase. Assim como é possível que um trabalho sem qualquer intervenção direta em um campo, se desdobre em uma polifonia de vozes. Entretanto, conforme a tese foi firmando contornos, sua montagem passou a reivindicar que outras pessoas a nível local pudessem contar elas próprias os desafios de seu trabalho, no que se refere aos profissionais, e os desafios de seu acompanhamento, no que se refere aos usuários dos serviços.

Frente a abertura que temos no PPG/UFF para escrever nossos textos acadêmicos de modo mais fluido, autoral, considerei o processo de submissão à instituição que autoriza a realização de entrevistas — Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) — excessivamente detalhista, burocrático e intimidador. O panorama das discussões institucionais sobre as condições éticas das pesquisas com seres humanos, é historicamente carregado de tensões políticas; houve reivindicações importantes por parte das ciências sociais e humanas sobre os critérios elencados por esses comitês, que impunham um padrão cientificista que ignorava suas especificidades. A resolução 466, de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) estabelece as diretrizes gerais de pesquisas e testes em seres humanos se orientando explicitamente por um modelo biomédico. Em 2016 é publicada a resolução 510, discorrendo que as ciências sociais e humanas possuem diferenças essenciais nas suas concepções e práticas de pesquisa, “na medida em que nelas prevalece uma acepção pluralista de ciência da qual decorre a adoção de múltiplas perspectivas teórico-metodológicas, bem como lidam com atribuições de significado, práticas e representações, sem intervenção direta no corpo humano, com natureza e grau de risco específico” (Resolução CNS/510; 2016).

Nós que buscamos trabalhar fora do modelo positivista, apostando na co-emergência entre sujeitos e objetos, teorias e práticas, na intervenção quer se queira, quer não, enquanto transformadora da realidade; na multiplicidade da singularidade a despeito do número de uma amostragem, na politização das ações independente de se assumir ou não um posicionamento político — fazemos um esforço para caber nesses formulários. Especialmente a escolha da metodologia, costuma render maiores interrogações por parte das bancas. Acredito que menos por



não se compreender a que o trabalho se propõe, e mais por uma desconfiança de que isso possa ser validado cientificamente: O que é uma metodologia que se inicia pelo meio de um processo, sem uma meta de chegada preestabelecida? Qual o valor de um analisador se ele aparece na fala de um único indivíduo, se não pode ser quantificado? O que é atingir um objetivo? Como avaliar se a hipótese foi comprovada ou refutada?

Salvo essas diferenças no modo de pensar o mundo e o pesquisar, foi importante para a construção da tese o movimento de explicar, para outros que não meus pares, o que justifica ir até as pessoas recolher dados, fazer perguntas, desestabilizá-las; com quais objetivos, e para contribuir com o quê. Escrever para um comitê imaginariamente hostil, que exige o detalhamento de como preservaremos e respeitaremos o outro, seja ele quem for, colocou em análise a naturalidade com que a psicologia se serve das pessoas sem pedir autorização. Entre os profissionais mais críticos, parece existir uma certa convicção de que realizam trabalhos éticos na medida em que se orientam por este ou aquele autor, ou abordagem — considerados acima de questionamentos, afinal antiético é sempre o outro. Enquanto construía o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCL) para os profissionais e usuários que entrevistaria assinarem, me embolava com a linguagem, tentando dizer da forma mais simples e transparente possível o que estaria sendo assinado. Porque às vezes mesmo pedir autorização, com ou sem TCL, é só por pedir, e não por reconhecer no outro um sujeito.

Volto para o cotidiano, e penso nas publicações de *Facebook* e nos grupos de *Whatsapp* de profissionais dos serviços públicos, onde com as melhores intenções, ou sem intenção alguma, apenas no automático, compartilham-se fotos dos usuários em condições que possivelmente quem clica a câmera jamais admitiria ser registrado, caso estivesse do outro lado da lente. Três, quatro, dez cliques até se enquadrar em uma selfie e postar seu melhor ângulo, não antes de adicionar alguns filtros para tratar a imagem, enquanto se clica a esmo pacientes hospitalizados com sonda, gente cochilando caindo da cadeira no meio de um grupo, mulheres com a aparência devastada após uma noite de uso de drogas. Toda oficina, atividade em grupo, fotografados sem qualquer consulta aos presentes. É trivial para todo mundo ser fotografado dentro de um serviço de saúde mental? É natural ser fotografado dentro de um serviço que lida com o uso prejudicial de drogas, ou com a assistência à pobreza? Ou se torna trivial somente quando o serviço é público, e logo, quem o frequenta não tem o que questionar, uma opinião sobre a própria imagem, a oportunidade de arrumar o cabelo, o ângulo, não tem o que permitir?

Além da captura de imagens, também podemos lançar mão de confidências, falas espirituosas, elaborações geniais, que recolhemos das pessoas as quais acompanhamos para ilustrar nossos trabalhos escritos e mesas de palestra, ganhando o reconhecimento de intelectuais criativos. Há diferentes maneiras de utilizar o saber das pessoas com as quais trabalhamos, de somar seus

saberes aos acadêmicos, e há quem se importe em como chega e como sai de um campo. Todo o esforço da pesquisa-intervenção, da análise institucional, apontam para a reflexão ética nas intervenções, nos relatórios, embora não existam garantias: apenas práticas concretas a serem avaliadas a cada vez. Mas o que o encontro com o Comitê de Ética me ativou nesse momento — e isso provavelmente tem pouco a ver com a real função do comitê e seus instrumentos de homogeneização e controle —, foi que com a herança do lugar que ocupamos na escala dos saberes, o risco de atualizar o papel do português “descobrir” o Brasil permanece à espreita. A ética na relação com o outro não está dada de antemão. Para Lourau (1993), pesquisamos/escrevemos para sermos validados pela instituição acadêmico-científica, e isso tem as mais diversas consequências:

A produção de nossos textos, o meu e o de vocês, está portanto implicada com a existência de tal instituição. Sequer aquilo que pensamos estar "naturalmente observando" é natural... Se refletirmos sobre o fato de, pelo menos, 49% da população alfabetizada não entender sobre o que escrevemos, teremos talvez a prova de que somos um artifício completo. Quer dizer, por mais que não o admitamos, escrevemos sempre para, e por, uma pequena comunidade de pesquisadores, e só. Tal aspecto, durante muito tempo naturalizado, do texto institucional começou a ser questionado quando do desvelamento de diários da pesquisa de campo (fato ainda muito recente no cenário acadêmico-científico). (Lourau, 1993, p.70)

Lourau, a partir do estudo dos diários pessoais de sociólogos, etnólogos, psicanalistas e outros pesquisadores, percebe o que se escolhia publicar nos textos oficiais, e o que ficava à sombra como pertencente a esfera pessoal. Observa as discrepâncias entre os relatos livres, do que realmente se passava no campo, nas relações entre os sujeitos, e o que se dava a conhecer através dos textos/relatórios que iam a público. Para o autor, os diários traem “o segredo” da produção intelectual, na medida em que revelam as implicações do pesquisador: “falam sobre a vivência de campo cotidiana e mostram como, realmente, se faz a pesquisa. E é isso que não se deve dizer ou mostrar” (Lourau, 1993, p. 73). Ele cita os diários de Malinowski, contando que sua esposa antes de decidir publicá-los após sua morte, demonstrava dúvidas alegando que eram muito íntimos. E a intimidade, Lourau pontua, é uma categoria recusada pela ciência.

No diário de Malinowski há inúmeras notas reveladoras de um forte racismo. Ora, seu autor fez uma carreira inteira como anti-racista; inclusive formou grande parte da elite independentista africana. Ambas as coisas não combinam bem. A vivência mais íntima do pesquisador se encontrar em contradição com seu texto institucional, ou com as suas posições públicas, é algo muito incômodo. **Então, é preciso salvar a imagem não contraditória do pesquisador e, conseqüentemente, da pesquisa. É preciso negar a contradição existente nele, em nós e em todos.** (Lourau, 1993, p.73, grifos nossos)

O autor relata que Malinowski escreveu em seu diário que um dia perdeu a cabeça com um informante da região na qual pesquisava, por ele não ter levado material suficiente naquele dia para a continuação de sua pesquisa, e por isso lhe deu um soco na cara. Para Lourau (1993), isso também faz parte do como se faz pesquisa. E é mantido em segredo, “no rol dos acontecimentos não restituíveis” (1993, p.74), enquanto se assume uma postura pretensamente neutra e objetiva sobre o campo. Nesse mesmo sentido, o que escrevemos para um comitê, para um projeto de mestrado/doutorado, mesmo em uma tese, pode ser um artifício. Isso não quer dizer que exista uma realidade em si, uma verdade que deva ser desvelada, ou mesmo que um diário pessoal seja um texto pronto a ser publicado na comunidade acadêmica. Toda pesquisa é um recorte, um modo de olhar. O convite da análise institucional, insistindo na feitura e no uso dos *diários de campo* no processo de pesquisar, é no sentido de poder incluir esses atravessamentos que buscamos esconder. Não para julgá-los, mas porque um trabalho institucional se dá na complexidade de muitas camadas, e o que achamos necessário limpar, geralmente tem importante valor de análise.

Malinowski, ou qualquer outro, dificilmente consideraria tornar público que agrediu um local que o ajudava em sua pesquisa. O pesquisar ético, assim como a análise de implicações, não são práticas cristãs de confessionário. A questão é menos uma confissão, e mais poder tornar visível as nuances de determinadas práticas: em quais condições os locais colaboravam com a pesquisa; o apagamento desses coletores de dados/materiais em prol do enaltecimento da figura do Pesquisador, Doutor, do Intelectual; as relações de paixão, de violência, de mudança de perspectivas encobertas por uma suposta neutralidade; as questões econômicas, as relações de poder, de exploração, reduzidas a detalhes pessoais secundários. Essa discussão se encontra com a problemática de como saímos do campo após terminar nossos trabalhos: “Restituir às pessoas com quem trabalhamos o saber científico que se permitiu construir é uma ideia relativamente recente que, por muito tempo,

escapou completamente aos pesquisadores” (Lourau, 1993, p.53). Esse movimento, que a análise institucional apreendeu na ferramenta da *restituição*, segundo Lourau só foi possível com o movimento político global de questionamento à colonialidade:

Esse acontecimento político foi o processo de descolonização, ocorrido no mundo inteiro, modificando, na produção do saber antropológico, as sempre presentes e negligenciadas relações de poder entre ciência e colonialismo. A descolonização produziu um efeito analisador enorme. **Atualmente, os etnólogos não podem fazer aquilo que bem entendem ou, simplesmente, ir aonde melhor lhes convenha. Não podem, como diziam fazer, se "restringir à pesquisa de campo", pesquisa esta meramente "científica".** Hoje têm, frequentemente, que pedir permissão às autoridades do país ao qual se dirigem para a pesquisa. (...) Muitos países outrora colonizados, como uma forma de controle para o Estado local, uma forma bastante atual de controle, exigem a restituição dos resultados da pesquisa, antes de permitir que sejam tornados oficiais. Ou seja, **antes que a pesquisador vá valorizar o seu trabalho em seu próprio país de origem - obtendo diploma, prestígio, empregos, graças ao saber que ele roubou aos "indígenas" -, essas nações podem exigir, hoje, que os resultados do mesmo lhes sejam comunicados.** (Lourau, 1993, p. 54-55)

Com relação as ciências sociais e humanas em nosso país, as pesquisas-participativas que emergiram na luta pela democracia, no período ditatorial, traziam essa demanda de repensar a hierarquização entre os especialistas e a população. Inventavam novas relações entre profissionais e campos de pesquisa em um contexto no qual a população ignorava ter direito a um retorno, uma contrapartida dos estudos realizados em seus territórios; e os especialistas, por sua vez, quando ofereciam retorno, era de modo protocolar, distante do concreto da vida das pessoas. No presente, lidamos com um cenário que não superou tal hierarquização, e não me refiro a esse outro que nomeamos “despolitizado”, mas ao nosso próprio modo de pesquisar, considerando os lugares que ocupamos socialmente e os lugares que ocupa a população sobre a qual nos debruçamos. Lourau (1993) enfatiza que a restituição supõe um mínimo de cogestão, coparticipação, entre objeto e pesquisador, e que há diferentes formas desse tipo de colaboração: democráticas, participativas, de

exploração, tratando os participantes como “serviçais”. Ele ironiza que não se trata de um ano mais tarde enviar um artigo ou livro publicado à população participante, principalmente quando não raro sequer são alfabetizados.

A restituição não é um ato caridoso, gentil; é uma atividade intrínseca à pesquisa, um feedback tão importante quanto os dados contidos em artigos de revistas e livros científicos ou especializados. Ela nos faz considerar a pesquisa para além dos limites de sua redação final; ou melhor, de sua transformação em mercadoria cultural para servir unicamente ao pesquisador e à academia (...) A pesquisa para nós, continua após a redação final do texto, podendo até mesmo, ser interminável. Se a população estudada recebe essa restituição, pode se apropriar de uma parte do status do pesquisador, se tornar uma espécie de "pesquisador-coletivo", sem a necessidade de diplomas ou anos de estudos superiores, e produzir novas restituições, tanto ao agora talvez ex-pesquisador quanto ao presente social mais imediato ou global. Isso seria, efetivamente, a socialização da pesquisa. (Lourau, 1993, p.56)

Revisitando Lourau atualmente, ao contrário da percepção inabalável que possuía quando estagiária, mestranda, agora me parece fora de alcance o que ele chama de efetiva socialização de uma pesquisa. Pode ser uma dificuldade de apostar nas circunstâncias, diante da posição de tutela que comumente assumimos frente as profundas desigualdades sociais, da cooptação político-partidária de lideranças comunitárias, da homogeneização dos discursos, burocratização da cultura popular, dos editais que só pessoas brancas com certo alcance educacional podem preencher, e logo controlar o orçamento, etc. Não desconsidero a resistência dos coletivos autônomos, a solidariedade comunitária, de terreiros, alianças de outras naturezas. Os mais astutos talvez recusem nossa presença curiosa de pesquisadores, e em alguma medida, tanto melhor que assim o seja.

Ao mesmo tempo que leio esse trecho de Lourau com um pouco menos de esperança do que anos atrás, relembro dos estágios na graduação em psicologia/UFF e entro em contato com a apropriação da ferramenta da restituição por grupos de professores/interventores aqui no Brasil. Eles aprofundam as nuances desse conceito, valorizando seu caráter processual. Restituir sendo mais do que uma ação isolada fixada ao final de um processo, denotando uma implicação presente desde o início, no modo de chegar, se relacionar, escutar. Considerando que muitas de nossas

pesquisas nascem de trabalhos que já desenvolvíamos, e não necessariamente abrem um campo inaugural para iniciar um estudo, penso na restituição como um termômetro do próprio andamento de nossas práticas de trabalho. Nessa pesquisa, a restituição abarcaria além de pensar as condições e o modo como foram conduzidas as entrevistas, e o que será retornado depois as instituições e aos usuários participantes, incluir uma análise de como se deu esse fazer cotidiano nas políticas públicas: como tratamos as pessoas (usuários, colegas de profissão, gestores), com o que contribuímos, o que reproduzimos, que espaços de interferência a forças do fora, que entendimentos sobre a exclusão social, a loucura. Nesse sentido, é de uma postura ética que se trata, e postura não é algo que fique resguardado, ou que se restrinja a um formulário. É um constante questionar, transformar.

Lembro de um dos títulos que pensei para a tese — “Não é aqui, senhor/a”: Usuários indesejáveis e Articulação intersetorial nas Políticas Públicas, modificado quando me encontrei com as solicitações do comitê. Precisaria, na articulação com as instituições onde faria as entrevistas, enviar o projeto, e escrever o título no termo de consentimento (TCL) que os entrevistados leriam a fim de assinarem sua concordância. O nome escolhido foi inspirado naquelas frases em voz de robô/telemarketing que tantos usuários ouvem em serviços que tencionam acolhê-los: “Não é aqui senhor, não é aqui senhora”. Parecia bacana, até imaginar os trabalhadores lendo esse título. Estaria querendo julgar, ofender as pessoas? Formalizar uma pesquisa é respeitar o campo, e não sair falando qualquer coisa que vivenciamos a partir de uma experiência individual.

Pactuei durante a submissão ao CEP, na negociação com os serviços para realização das entrevistas, apresentar os desdobramentos da tese em uma Reunião Clínica da Divisão de Ensino e Pesquisa (DEP), aberta a todos os profissionais da rede (acontece dentro do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba). A Assistência Social não solicitou contrapartida, embora a subsecretária, minha antiga chefe no tempo do prédio do relógio, estivesse presente na qualificação da tese, e tenha por costume me solicitar para mesas de eventos e capacitações voltadas para as equipes técnicas da assistência. De todo modo, reitero que nessa discussão ética na qual incluímos a ferramenta da restituição, é de uma ética de trabalho que se trata. As entrevistas dessa pesquisa são uma parcial do trabalho, um movimento de retornar ao campo e ouvir as pessoas de um outro lugar que não só o da trabalhadora social. A presente escrita acadêmica, ao contrário do que escrevi para o comitê como um dos objetivos da pesquisa, não garante qualquer mudança ou efeito na vida dos trabalhadores e usuários. Mas esse texto é efeito do encontro com eles. E o que pude restituir do lugar de especialista *psi* nos serviços pelos quais passei, acredito que esteja com cada uma dessas pessoas.

Voltando ao CEP, transcrevo um recorte dos principais pontos apresentados na submissão:

- Os profissionais das equipes de saúde mental e assistência social geralmente atribuem as dificuldades de seu trabalho a dimensão do sucateamento estrutural — degradação das estruturas físicas dos equipamentos públicos, falta de insumos, fragilização de vínculos empregatícios, atraso de salários, número reduzido de equipamentos em relação ao tamanho populacional dos municípios, dentre outros problemas igualmente graves. Entretanto, será defendida a hipótese de que há uma dimensão do encontro entre os profissionais e usuários que embora atravessada por essas questões estruturais de sucateamento, marca o desafio de ser um trabalhador social no Brasil. Um trabalho que exige encarar diariamente a miséria produzida por uma história de colonização e de frágil democracia.

É visível a frustração dos profissionais por não conseguirem curar, resolver a vida das pessoas, não conseguirem em suma, solucionar as mazelas sociais e sua reprodução incansável. É urgente considerar os processos de subjetivação desses profissionais, que não passam ilesos pela produção sistemática de ressentimento contra as pessoas pobres, pela produção sistemática de desumanização das pessoas “loucas” — operações que reproduzem exclusão social e naturalizam que determinados grupos ocupem permanentemente certos lugares marginalizados. A contínua desvalorização e exploração desses trabalhadores designados a intervirem com essa população, também não é “inocente”, mas um projeto de Estado. Tais problemas ultrapassam as questões individuais, e não basta lançar mão de dinâmicas de grupo e sermões individuais para melhor treinamento e conscientização dessas equipes.

- Os usuários que causam problemas, alvoroço, nos serviços, que não são bem recebidos pelos profissionais, que possuem dificuldade de adesão as intervenções a eles propostas, ocasionalmente encaminhados burocraticamente de um equipamento ao outro, são indicativos importantes para pensarmos o funcionamento desses serviços e as dificuldades da articulação intersetorial entre as políticas públicas.

- Considerando o quanto operacionalizamos um trabalho ético e de qualidade na prática das políticas públicas, apesar de um sistemático sucateamento, proponho dialogar com o que no encontro entre profissionais e usuários não se reduz a cartilhas sistematicamente aplicáveis. Estima-se contribuir para a produção de conhecimento e referências que diminuam distâncias entre as diretrizes teóricas e sua operacionalização prática nos serviços de saúde mental e assistência social.

- Problematizar as políticas públicas em um momento histórico no qual o que é público, e especialmente o que é voltado para os grupos socialmente desfavorecidos, tem sido desmantelado, difamado e destruído, exige um cuidado ético ainda mais criterioso. Esse estudo será conduzido de modo a afirmar que as políticas públicas são uma conquista popular, respaldada pela Constituição, e

que discorrer sobre elas apontando possíveis fragilidades em sua operacionalização, almeja principalmente fortalecê-las e garantir sua qualidade.

- **Objetivo geral:** Dar visibilidade aos tensionamentos, desafios e a potência das intervenções das equipes interdisciplinares da saúde mental e assistência social dirigidas a população com transtorno mental, e/ou em situação de pobreza. Objetiva-se principalmente analisar o que os usuários encaminhados entre muitas instituições, informalmente chamados de “batatas-quentes”, podem contribuir para pensar o funcionamento dos serviços.

**Objetivos específicos:** - No lugar de escrever sobre a importância da intersectorialidade entre saúde mental e assistência social para o melhor acompanhamento do público que ambas têm em comum, objetiva-se construir de fato uma pesquisa intersectorial, trazendo os pontos de intersecção desses espaços.

- Observar a possível ocorrência de práticas bem-intencionadas que possam estar reproduzindo colateralmente exclusão social, racismo, culpabilização, tutela, baixa adesão aos serviços, bem como adoecimento psíquico das próprias equipes.

- Mapear como os equipamentos dialogam uns com os outros, intra e intersectorialmente, a fim de compreender como constroem seus encaminhamentos.

- Realizar uma leitura crítica da emergência das políticas públicas para além do discurso oficial da garantia de direitos, apontando suas raízes coloniais. Essa origem comprometida com os interesses da elite brasileira se atualiza com outras roupagens no presente, aparecendo inclusive na postura dos profissionais. É necessário fazer tal contextualização histórica na direção de explicitar que não é exclusivamente uma questão individual do usuário a dificuldade de aderir a determinados equipamentos e/ou equipes.

- Busca-se ainda produzir conhecimento sobre o que é desqualificado nas abordagens tradicionais que constroem os conceitos de loucura e vulnerabilidade social. Em nome da promoção da saúde e do bem-estar tais abordagens não reconhecem a potência de um povo sem lugar, suas táticas de sobrevivência, de solidariedade, sua resiliência. As pessoas em sofrimento mental e vulnerabilidade social não apenas sobrevivem; vivem da melhor maneira possível, resistem de maneiras que sequer reconhecemos. Elas têm o que dizer sobre os serviços a elas ofertados.

- Tendo como norte a direção ética da pesquisa-intervenção, proponho organizar a metodologia através dos seguintes procedimentos:

→ **Análise de material registrado em diários de campo:** utilizar registros de experiências de trabalho — reuniões de equipe interdisciplinares do período como psicóloga da saúde mental de Niterói (Ambulatório de Saúde Mental e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas); relatórios do período como tutora dos profissionais da atenção básica através do Projeto Caminhos



do Cuidado (Ministério da Saúde); registros do trabalho de monitoramento e assessoramento técnico aos gestores e equipes multidisciplinares da assistência social dos municípios do Rio de Janeiro (Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos). Os registros serão transformados em narrativas que despersonalizem os acontecimentos e protejam a identidade dos envolvidos.

→ **Entrevistas:** Realizar 12 entrevistas semiestruturadas com profissionais dos equipamentos de saúde mental e assistência social (elencados abaixo) para ouvir quais os seus principais conflitos, limites e expectativas com o trabalho que realizam. E 10 entrevistas com usuários desses equipamentos a fim de trazer o olhar que possuem sobre as intervenções as quais vivenciam.

- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-ad): 03 profissionais e 03 usuários.

- Ambulatório de Saúde Mental: 02 profissionais e 02 usuários.

- Emergência do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (SRI/HPJ): 02 profissionais; não entrevistar usuários, visto não ser adequado interferências externas em momentos delicados de crise.

- Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS): 02 profissionais e 02 usuários.

- Centro de Referência Especializado para População em situação de rua (Centro-Pop): 03 profissionais e 03 usuários.

As entrevistas serão gravadas para fins de registro e posterior análise, mediante autorização dos entrevistados. Para estruturar as entrevistas e conduzir a análise de seus resultados partiremos de alguns analisadores.

#### **Com os profissionais:**

- Qual o entendimento que os trabalhadores sociais têm das categorias pobreza e sofrimento mental;
- Como comparece a questão racial nas relações entre técnicos e usuários;
- Como é entendido o conceito de intersetorialidade pelas equipes, e como é o diálogo com outros serviços;
- Como são construídos os encaminhamentos para outros serviços, quando necessário;
- Se lançam mão de espaços de cuidado de si e da própria saúde mental;

#### **Com os usuários dos equipamentos:**

- Quais os lugares que reconhecem na cidade como espaços seguros de cuidado ou obtenção de ajuda para suas demandas;
- Em quais equipamentos são cadastrados como usuários;
- Se recordam situações nas quais se sentiram bem recebidos e/ou situações em que se sentiram maltratados nos equipamentos públicos;

- Se já sofreram racismo, ou outra violação de direitos humanos, por parte de algum equipamento ou equipe.
- Como avaliam o funcionamento dos serviços a eles ofertados, e como buscam colaborar para que melhorem.

A primeira avaliação do CEP pediu explicações sobre: **1.** Esclarecer se as coletas de dados em campo já ocorreram, isto é, se fiz as entrevistas antes de consultar o comitê; **2.** Definir melhor a metodologia de análise de dados; **3.** Esclarecer se a pesquisadora principal era profissional atuante nos serviços onde recrutaria participantes e, em caso positivo, garantir que não haveria risco de vulnerabilidade dos participantes. A primeira e a última questão evidenciavam que mesmo lapidando a escrita, situar as questões de maneira técnica, objetiva, meu corpo marcado pelo trabalho social na ponta insurgia. Mesmo após a saída do trabalho, o corpo continuava falando desse lugar, ao ponto de confundir o comitê: “Mas você já concluiu a pesquisa?”, “Você ainda trabalha nesses lugares dos quais fala?”. A segunda questão pedia uma melhor definição da metodologia, que embora diluída ao longo da escrita do projeto, e explicitada em partes específicas do formulário, não convenceu os avaliadores.

Enviei os acréscimos que se fizeram necessários, dando ênfase a direção metodológica da pesquisa-intervenção, que não se trata de ir a campo para confirmar hipóteses preestabelecidas. Reafirmei que pretendia extrair das entrevistas analisadores, trazendo o conceito tal como definido pelos institucionalistas: Segundo Aguiar (2009), os analisadores são acontecimentos que produzem e ampliam as possibilidades de análise, funcionando como catalisadores de sentidos, desestabilizando a cena “natural” de um cotidiano aparentemente estático, promovendo interferências locais, e incluindo a análise das implicações daqueles envolvidos diretamente em sua realização — ferramenta essencial para que em uma análise de dados o pesquisador não enxergue apenas o que deseja encontrar. Assim, explico, se por um lado vou para o campo esperando ouvir, por exemplo, alguma declaração de que um usuário sofreu racismo (um dos eixos norteadores de análise) posso me encontrar com pessoas que sequer acreditam em racismo (analisador: acontecimento que provocou desestabilização).

O participante da pesquisa não é considerado como um informante de quem se extrai os dados a serem analisados para a solução de um problema, para a busca de uma afirmação geral sobre a realidade. A relação entre pesquisador e participante não é de transmissão de informação, mas de acesso à experiência singular do entrevistado que se atualiza na situação da pesquisa. “A entrevista torna-se um instrumento que permite acessar processos e atos, mais do que objetos supostamente dados. O entrevistador colhe e acolhe a experiência” (Passos; Kastrup, 2013, p. 395).

Os dados obtidos a campo serão confrontados com as hipóteses estabelecidas, sendo expostos ainda que apontem para direções distintas daquelas esperadas, no lugar de suprimidos para provar um ponto levantado. Na pesquisa intervenção a riqueza está nas contradições, no inesperado, na singularidade de cada encontro.

Após o envio das retificações, o projeto foi aprovado e dei seguimento a pactuação com os serviços. As entrevistas foram realizadas no modo *online* devido ao isolamento social em decorrência da pandemia/Covid-19. Isolamento meu, que transferi o consultório para o *home office*, não exatamente isolamento das equipes que continuaram trabalhando presencialmente, com o turno reduzido. Estávamos em maio de 2020, ainda com dados inconsistentes sobre a Covid-19, e o clima era mais estranho do que os dias atuais em 2021. Naquela ocasião muitos de nós vivenciávamos uma certa perda de sentido das coisas, o mundo coberto de estranheza, e me perguntei diversas vezes se não seria uma violência entrevistar profissionais que atuavam diretamente com a população, em um momento de tanta crise para ambos, sentada em cima de um doutorado de dentro da minha casa. Essa era a sensação, embora aqui as coisas também estivessem caóticas.

Na ocasião estava como professora substituta do curso de psicologia da UFF, e iniciávamos entre os professores um projeto de atendimento online voltado para os profissionais de saúde — essa aventura daria uma pesquisa a parte...! O clima naquela época era: os profissionais de saúde estão morrendo. Agora, além dos profissionais, idosos e pessoas com comorbidades, outros se juntam as covas, nos encaminhamos para o aumento da mortalidade infantil, mas aparentemente o pânico passou e nos voltamos para o “novo normal”. Toquei o barco, fui me apresentando aos serviços, para alguns fiz carta, havia serviço que já me conhecia, buscava explicar do que se tratava a tese, e o caráter voluntário das entrevistas. Abaixo trechos da carta enviada ao ambulatório de saúde mental, socializada em reunião de equipe como convite:

*... A pandemia da Covid-19 e seus desdobramentos — empobrecimento da população, morte dos profissionais de saúde (e também da assistência social, sem a devida visibilidade), isolamento social, aumento da violência doméstica, dos sintomas de pânico, depressão, ideações suicidas, o colapso político e econômico do país, com tantas incertezas do que acontecerá... — têm paralisado muitos projetos acadêmicos. E por um tempo, entre o trabalho remoto, o trabalho doméstico, a maternidade e a preocupação com meu companheiro nos plantões da saúde mental, questionei o porquê continuar escrevendo/pesquisando. Na verdade, ainda me questiono.*

*Mas após tantos anos de ataques ao SUS, às políticas sociais, a Universidade, a Reforma Psiquiátrica, aos Direitos Humanos, a ciência... me resta insistir em contar as nossas histórias, em não paralisar. Produzir conhecimento dentro das "ciências humanas" é também um modo de*

*afirmar o nosso lugar. Assim, se você desejar ser entrevistada(o)/ouvida(o), estará contribuindo com essa aposta. Seguem alguns dados mais objetivos:*

***Pedido para este equipamento:*** *2 profissionais da equipe que trabalhem há pelo menos 06 meses neste local. 2 usuários adultos que além do tratamento em saúde mental sejam beneficiários do programa bolsa família, ou do LOAS/BPC, ou que possuam o perfil socioeconômico de extrema pobreza (com renda mensal própria ou por pessoa da família de até R\$ 89,00); ou de pobreza (com renda mensal por pessoa entre R\$89,01 até R\$ 178,00).*

*É desejável, pelas questões de circulação na cidade apenas daquilo que for essencial, realizar as entrevistas de modo online, por via a ser pactuada com as(os) entrevistadas(os): por exemplo chamada de vídeo pelo whatsapp. Duração estimada de aproximadamente 40min...”*

Entrevistei 10 profissionais entre assistentes sociais, psicólogas, psiquiatra, técnico de enfermagem e auxiliar administrativa. O hospital psiquiátrico se resguardou de abrir para as entrevistas, devido a uma reorganização interna em função da pandemia. Entrevistei 03 usuários do ambulatório de saúde mental, por telefone. Ficaram pendentes 07 usuários, considerando os demais serviços escolhidos, seriam pessoas em situação de rua, e outras vulnerabilidades. Nesse caso percebi, com os coordenadores dos serviços, que se fazia necessária a presença. A dificuldade de ir até os usuários presencialmente, e a quantidade de material das entrevistas com os profissionais, me levaram a optar por continuar trabalhando com os diários de campo, mantendo o projeto inicial. Ocasionalmente sentia que o trabalho estava perdendo em não ouvir diretamente os usuários dos serviços: imaginava chegar no CAPS-ad e catar alguém no pátio, ou fazer o convite em um dos momentos coletivos da roda de abertura, enquanto uma ex-técnica que retorna para fazer uma pesquisa que precisa ouvir a opinião deles. Projetava entrevistar usuários que ficavam na rua do Centro-Pop, orbitando em torno do serviço, mas não institucionalizados ao ponto de estarem lá dentro, e responderem coisas educadas sobre a assistência social.

Ocorre que para além do receio de ir de encontro aos riscos do vírus — vivencio a situação pandêmica como algo real, não minimizável —, faltou corpo para continuar a empreitada de trazer a perspectiva dos usuários pareada com a dos técnicos. Vou percebendo que talvez fosse inviável, ainda que tivesse corpo, escrever esse contraponto, trabalhar um segundo material que daí adviria. Nesse sentido, noto que faço uma escolha com o tempo e espaço que tenho. Se em meus locais de trabalho e estudo, explícito que meu compromisso maior é com os usuários das políticas públicas, e pago o preço por esse posicionamento, descubro que a escolha que faço nessa trajetória de pesquisa é pensar o lugar dos técnicos, a nossa formação. Não sei se chega a ser um paradoxo, se é sina já

que aconteceu algo semelhante no mestrado; ou se trata de uma das linhas possíveis nesse compromisso com a população: incidir junto a quem lhes oferta cuidado.

Compartilho uma situação que ilustra a inquietação dessa encruzilhada. Em 2019 fui convidada para uma mesa na 13ª Mostra Regional de Práticas em Psicologia organizada pelo Conselho Regional de Psicologia (RJ), cuja temática era “Psicologia Preta e a Clínica no Contemporâneo”. Junto comigo estavam dois nomes que são referência nessa discussão aqui no Rio, Lucas Veiga e Roberta Federico. Mediando a mesa estava Conceição Nascimento, militante de longa data das pautas raciais dentro do Conselho. Embasei a apresentação na branquidão da psicologia, suas raízes coloniais, os corpos pretos violentados ao redor. E sob o risco de representar a mulher preta “integracionista em cima do muro”, disse que não defendia que pessoas pretas só deveriam ser atendidas por psicólogos pretos. Afirmava o lugar das políticas públicas: é imprescindível enegrecer as equipes de saúde e assistência, e profissionais brancos precisam ser convocados a trabalharem melhor com uma população negra e não-branca que é seu público-alvo. A discussão a respeito das relações raciais dentro da psicologia, em teoria serve para que mais espaços façam valer os direitos da população. Veiga disse à plateia algo como: “Eu não falo para pessoas brancas. Se tiver uma única pessoa negra no auditório, é para ela que estarei falando”. É de arrepiar, considerando que de modo geral, há séculos brancos têm falado para brancos. No entanto, até o momento, a minha posição tem sido: eu falo para o máximo de pessoas que puderem escutar, apostando que cada um possa levar, a partir de seu próprio lugar, os enfrentamentos que se fizerem necessários (Ana Karenina, 2018, qualificação).

Assim, sigo acompanhando essa linha que problematiza as práticas na radicalidade que se faz possível, sem pretender demolir os profissionais, e sem perder de vista as demandas dos usuários. As entrevistas acionaram afetos de toda ordem: lembranças, “gatilhos”, *insights*. Enquanto ouvia os mais diversos tipos de situações, esbarrava na importância de lidar com as próprias convicções para ouvir o outro, e não transformar o que ele diz em uma transcrição de constatações. Silenciar o que se acha saber, para entrar em contato com outros saberes. Escolhi trazer o correr integral de todas as conversas, para que apareçam as vozes, os questionamentos, a força dos entrevistados; bem como a quebra de expectativas do que um profissional, ou usuário, supostamente diria sobre uma ou outra situação. O que está entre parênteses foi acrescentado para ajudar no entendimento de algum ponto específico. As frases em negrito são destaques marcados para potencializar as análises. Abaixo, o roteiro construído para orientar as entrevistas:

**Roteiro para as entrevistas semiestruturadas com os(as) profissionais que trabalham nos equipamentos de saúde mental ou de assistência social.**

- 1) Há quanto tempo você trabalha nesse equipamento, e desempenhando qual função?
- 2) Como você se sentia no início desse trabalho, e como se sente hoje em dia?
- 3) Você poderia falar mais detalhadamente sobre as intervenções e práticas (individuais e/ou coletivas) desenvolvidas junto aos usuários?
- 4) Como você entende as categorias “transtorno mental” (ou “loucura”) e “vulnerabilidade social” (“ou pobreza”)?
- 5) Como é para você lidar com esse público?
- 6) Você acha que existem usuários mais difíceis de lidar do que outros? Quais as principais características desses usuários?
- 7) Você e sua equipe discutem como proceder em casos em que o técnico não suporta lidar com determinado usuário?
- 8) Você inclui no seu dia a dia de trabalho reflexões sobre racismo? Você acha que as pessoas negras são tratadas da mesma forma que as pessoas brancas?
- 9) Como é fazer parte de uma equipe com diferentes especialidades?
- 10) Como é a relação do seu equipamento com outros equipamentos que os usuários daqui também frequentam ou possam vir a precisar frequentar?
- 11) Qual é o protocolo da construção dos encaminhamentos para outros serviços? No dia a dia vocês seguem os protocolos?
- 12) Você pode relatar alguma intervenção que considera de sucesso, e que teve especial relevância para você ou para sua equipe?
- 13) Você pode relatar alguma situação que acha que não foi conduzida da melhor maneira, e pode ter prejudicado o vínculo com algum usuário?
- 14) Quais as maiores dificuldades que você enfrenta na realização do seu trabalho?
- 15) Você consegue cuidar da sua saúde mental, ou tem algum espaço para compartilhar as possíveis angústias advindas do seu trabalho?
- 16) Se você pudesse propor melhorias no seu equipamento, quais seriam?
- 17) Como está sendo para você trabalhar durante a pandemia da Covid-19? (foi acrescentada depois)

**Roteiro para as entrevistas semiestruturadas com os(as) usuários dos equipamentos de saúde mental ou de assistência social.**

- 1) Há quanto tempo você é acompanhado(a) nesse equipamento e quais os motivos que te fizeram chegar aqui?
- 2) Você veio encaminhado de algum outro serviço, ou veio espontaneamente?
- 3) Como você se sentia quando chegou aqui pela primeira vez, e como se sente hoje em dia com relação a esse espaço?
- 4) Você poderia falar mais detalhadamente sobre as atividades das quais participa nesse equipamento?
- 5) Como é a sua relação com seu(sua) técnico(a) de referência?
- 6) Como é a sua relação com o restante da equipe?
- 7) Como é a sua relação com os outros usuários que também frequentam esse local?
- 8) Você acha que as pessoas negras são tratadas da mesma forma que as pessoas brancas?
- 9) Você já sofreu ou presenciou alguma cena que considere ter sido racismo?
- 10) Você frequenta outros lugares para se cuidar? Seu(sua) técnico(a) de referência conhece esses locais?
- 11) Você já foi encaminhado para outros serviços fora daqui? Conte como foi esse processo.
- 12) Você pode relatar alguma situação vivenciada aqui, que considera ter sido importante para a sua vida?
- 13) Você pode relatar alguma situação vivenciada aqui, que possa ter te desrespeitado ou atrapalhado de alguma forma?
- 14) Quais as maiores dificuldades que você enfrenta tendo um transtorno mental e estando em situação de pobreza?
- 15) Quais as outras coisas que você faz, ou outros lugares aonde vai, para cuidar da sua vida?
- 16) Se você pudesse propor melhorias no seu equipamento, quais seriam?
- 17) Como está sendo para você a pandemia da Covid-19? (foi acrescentada depois)

### 3.2. (Entre)vistar:

EVA: *Mulher, branca, 32 anos, psicóloga*

Vínculo: Contrato Simplificado | Salário: R\$ 2.000 bruto, 30h semanais

Eva trabalha como psicóloga contratada no CAPS-ad há menos de 02 anos, e ao longo da conversa é visível a intensidade dos seus relatos, das situações que presenciou, da apropriação com o trabalho. “Sendo bem honesta a sensação que eu tenho é que amadureci, não gosto dessa palavra... Quando entrei no CAPS-ad eu tinha uma outra noção do que era a atenção psicossocial. Embora na faculdade tenham as disciplinas que falam sobre SUS, da Reforma psiquiátrica, da RAPS. Mas na prática é completamente diferente”. Conta que no início ficava constantemente angustiada, e levava a todo momento seus casos para a supervisão nas reuniões de equipe. Ela diz angústia como se fosse alguma propensão psíquica individual, e expõe suas inquietações com o trabalho como dizendo respeito ao fato de ser “novata”. Peço que me fale um pouco mais do que chama de angústia. “Não cair nesse lugar de querer salvar o sujeito. Esse lugar de querer ir um pouco além do que eles permitem. Você vê ali o tempo inteiro sujeitos que flertam com a morte, se encaminhando para ela. Desde que eu entrei no CAPS, 07 pacientes faleceram, 02 agora na pandemia”.

Explica que as atividades coletivas do CAPS-ad foram suspensas durante a pandemia. Antes disso ela coordenava uma oficina de música e era referência de casos egressos, isso é, casos que se encontram internados (geralmente no hospital psiquiátrico). Eva entende a loucura como um modo diferente de se relacionar com o mundo, com as pessoas. Supõe que loucura não seja uma coisa só, e que cada um tem as suas particularidades. A pobreza, sente que é “um lugar na sociedade”: “A pobreza tem a ver com coisas muito complexas, e anteriores a isso. Tem tudo a ver com luta de classes. Esse momento que a gente vive da pandemia fica muito explícito como a gente vivencia as classes. Tem tudo a ver com o racismo”. Ela se lembra que a incomoda um pouco um termo que usam na discussão de casos do CAPS-ad: “As pessoas falam do sujeito como um ‘sujeito empobrecido’. Por exemplo, um psicótico que cometeu suicídio. Começa uma discussão que cai em entender que foi uma escolha dele, mas que ele era empobrecido. Do que estão falando? De pobreza? Por que a gente não discute pobreza no CAPS. É o lugar que ele ocupa na sociedade? Uma ponta de vulnerabilidade? Gente perai”.

Pergunto como é lidar com o público o qual acompanha, diz que é muito difícil. “O que me mantém ali até hoje... É tudo muito intenso, a gente faz malabarismos o tempo inteiro, é desgastante. **Estou ali hoje porque ainda tenho desejo de estar, e eu sustento ele via análise**



**peçoal, e supervisão.** Tem horas que embola a nossa cabeça”. (O que é difícil? Pergunto para ela, querendo saber se pode traduzir pra si mesma o que experimenta): “— Tem uma coisa que não é só o CAPS. Os casos que nos tocam e a gente não se dá conta que nossa história se esbarra, as coisas se misturam e não é bom para o tratamento. Eu vivo isso também”. Menciona um caso recente que acompanhava e teve desdobramentos com os quais ainda está lidando. Sua paciente estava há 10 meses morando com um cara, que é pai de outro paciente do CAPS-ad. “Ela diz que saiu de uma relação anterior, que era uma frigideira muito quente, para o próprio fogo. ‘Ele não me deixa nem fazer cocô sozinha. Mas cuida de mim’”. Eva nota nos relatos da paciente uma vigilância do companheiro, que mistura ciúmes de outros homens ao controle de impedi-la de recair nas drogas. **“Com essa coisa da pandemia fizemos combinados com nosso telefone pessoal. Um dia às onze da noite ela manda uma mensagem dizendo que estava em cárcere e precisava de ajuda, deu o endereço dela. Liguei para a delegacia da mulher. Eu me vejo as vezes muito enroscada com o que fazer”**”.

Eva tentou anteriormente o contato com suas coordenações, mas buscou agir rapidamente. No fim das contas, com sua ligação foram checar a situação no domicílio, e se averiguou que a paciente não estaria em cárcere privado. O entendimento geral foi de um manejo problemático do caso. A paciente foi encaminhada para se tratar em Ambulatório. Era um movimento recorrente dela se envolver com outros pacientes e emergirem confusões. Questionou-se a função do dispositivo de convivência para ela, se era exclusivamente para psicoterapia e psiquiatria seu tratamento poderia ser ambulatorial. Eva me conta essa situação assumindo sua responsabilidade em uma condução que entendeu como precipitada. Não consigo apenas ouvir, e pergunto se ela concordou totalmente com essa narrativa da técnica precipitada. “No CAPS-ad a gente sustenta a clínica do sujeito com o atravessamento da psicanálise. Virou uma reunião individual. ‘Você se envolveu demais’. Eu sou trabalhadora de CAPS, como eu não vou me envolver? QUAL A MEDIDA? Ainda que tenha uma questão minha, tem uma coisa que tem a ver com isso aqui, com o trabalho”. E me fala que os temas que têm sido discutidos atualmente (violência contra a mulher, machismo, homofobia) precisam ser discutidos na equipe, “porque atendemos uma galera que é atravessada por isso”.

Pergunto se para ela existem usuários mais difíceis de lidar do que outros. Traz dois pontos específicos e recorrentes no cotidiano do serviço: 1) “A violência, que é algo que atravessa a vida deles estruturalmente, e aparece endereçada pra gente e é muito difícil. Célio dando cadeiradas... Até falamos sobre isso, Arlete (antropóloga da equipe) levou um texto”. Ela diz que na saúde mental sempre ouvia a expressão “oferecer o nosso corpo”: “Eu não entendia o que era isso até vivenciar no meu corpo. Qual é o nosso limite? A gente não tem que aceitar tudo também. Escutar tudo... Retornar pra esses sujeitos que tem um limite do que eles podem fazer”. 2) **“Pessoas que**

**estão ali no CAPS e eu não entendo o que estão fazendo ali. Mas acho que não estão se tratando.** Alguns tem dificuldade de se submeter ao que é institucional, teve um caso que teve ‘alta administrativa’, é assim que chama? Mas acho que isso tem a ver com a gente também, será que estamos nos ocupando dessas pessoas? O que é a convivência num CAPS, o que as pessoas estão fazendo ali. As vezes não tem nenhum técnico ali”.

Com relação as trocas e apoio entre a equipe quando há dificuldades com determinados usuários, ela traz o espaço da supervisão como essencial, mas acha que as pessoas fazem pouco uso. “Às vezes falo com 05 pessoas diferentes sobre certas situações, mas a gente não se organiza e não leva isso pra reunião”. Questiono se ela acha que é questão de organização. “Não. A coordenação inibe. Dá medo de falar dos furos institucionalmente. Fica na dimensão da fofoca”.

Conversamos sobre a inclusão da discussão racial no trabalho, se ela acha que no dia a dia no serviço as pessoas negras são tratadas da mesma forma que as pessoas brancas. Ela afirma que conversam sobre racismo na equipe. “Ainda pouco, mas cada vez mais. Tem sido importante falar sobre racismo, sobre violência, sobre machismo. No mundo as pessoas negras não são tratadas da mesma forma. Eu sou branca, é mais difícil ainda falar disso. A gente é racista, não importa o quanto se ache desconstruído e busque informação. A gente ainda se encontra com algumas atitudes racistas, inclusive nossas”. Exemplifica quando vê pessoas aguardando acolhimento de primeira vez: quando é um homem negro emergem preconceções, as quais ela nomeia como preconceito.

A respeito da questão intrasetorial com o restante da rede de saúde mental, e intersetorial com outros serviços, diz que têm muitas críticas a como essa costura é feita: “Acho que a gente faz muito pouco trabalho de território. É uma angústia que aparece em outras pessoas, de fazer um trabalho mais pra fora. Eu estava com 34 referências e me via dentro do consultório o tempo todo. Não estava gostando do que estava fazendo. Me diziam ‘Ah, mas você tem a referência de egressos, você faz um trabalho intersetorial’. Até esse trabalho intersetorial não é ensinado, você vai construindo. A psicóloga anterior ficou 01 mês ali comigo fazendo a passagem”. Acrescenta: “Enquanto CAPS-ad eu encontro o tempo todo o HPJ (hospital psiquiátrico de jurujuba), a assistência social, tento jeitos deles não verem a droga antes dos sujeitos, isso até na própria saúde mental. A gente ainda conta muito com o Hospital (psiquiátrico). Não tem CAPS-III. Naturalizamos isso. A gente não tem estrutura pra acolher. O SAD (Serviço de Álcool e Drogas, internação dentro do HPJ) fechou por um problema interno com a enfermaria masculina, e aí é muito doido, porque a gente tem acolhido mais as situações de crise, tem tido um cuidado maior nos encaminhamentos, e internado menos usuários. Isso mostra muitos furos”. Sobre esse ponto conclui que a relação com a assistência social também é difícil.

Eva escolhe a situação de um rapaz que acompanhou para demonstrar o que dá significado ao seu trabalho. “Ele se matou, né”, já conta logo de início, e continua: “tinha 02 filhos, usava muita cocaína e álcool, tinha uso abusivo da medicação psiquiátrica, não sustentava trabalho. Teve várias internações. Percebemos ele se organizando com um tratamento no CAPS-ad, reatando laços, buscando trabalho, se aproximou dos filhos. ‘Cara, eu levei minha filha pra jogar comida pros patinhos no Campo de São Bento’, ele dizia aquilo com um horror. Coisas que a gente toma como se todo mundo pudesse se organizar sendo pai, mãe, limpo, trabalhador..., mas às vezes afundam mais ainda no uso da droga”. Explica que o acompanhamento que ele teve nesse período da vida, foi importante. Peço que fale de alguma situação que acha que não foi conduzida da melhor maneira, podendo ter ocasionado em esgarçamento ou rompimento de vínculo. Cita o caso da moça encaminhada para outro serviço após a denúncia feita por ela. (Você acha que ele não foi conduzido da melhor maneira por você? Insisto novamente), responde que é difícil dizer, que fez o que foi possível para ela naquele momento, “e tudo aconteceu em um momento de perdas (mortes) de outras referências que eu acompanhava”.

O espaço que utiliza como autocuidado é sua análise pessoal.

Melhorias que vê como necessárias para seu equipamento: **“Eu vejo a gente o tempo todo dando jeitinho pra trabalhar. É muito triste, muito duro, estar num lugar com tanta potência, com tanta importância, mas com o mínimo de estrutura pra gente e pro usuário.** E as vezes a gente escuta assim ‘Ah, mas vai colocar a torneira e eles vão roubar de novo’”. (Escuta de usuário ou da equipe? Pergunto): “– Da equipe também, dos dois”. Acrescenta: “Nem todo mundo que está ali quer estar. E isso sobrecarrega quem quer”. Comenta que essa pergunta, das melhorias necessárias no equipamento no qual atua, foi uma das perguntas mais difíceis. **“Me incomoda que as pessoas costumam encarar esse jeito de estar ali como algo da militância. ‘A gente é foda, olha o trabalho que a gente faz mesmo sem estrutura’. Enquanto a gente não deixar o furo aparecer, as coisas não vão mudar. Isso pra mim é limitância. Posso dizer que é paradoxal...”**

MNEMOSINE: *Mulher, branca, 29 anos, técnica administrativa*

Vínculo: Registro de Pagamento Autônomo | Salário: R\$ 850,00, 40h semanais

(Obs.: Há um ano se tornou cargo comissionado e o salário foi para R\$ 1.400,00)

Mnemosine trabalha há 07 anos como técnica administrativa contratada no CAPS-ad. “No início eu não tinha conhecimento do que era um CAPS, então foi tudo novo. O medo de fazer alguma coisa errada, não que hoje eu não tenha, mas como era tudo novo, era maior. Depois de

tanto tempo a gente vai sabendo o que falar, como fazer algumas coisas. Então é mais tranquilo. Eu trabalhava num lugar onde tudo era automatizado, não tinha contato com pessoas”.

Ao descrever suas funções, me diz das administrativas, que a princípio seriam sua função exclusiva: “Faço CI (comunicação interna), atendo o telefone, faço atendimento na recepção, atualizo planilhas com atendimentos aos pacientes, faturamento da RAAS (Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde), controle de estoque, de alimentação”. (Você faz mais do que isso, né? Sugiro): “— Eu dou uma atenção aos pacientes que precisam. Não é um atendimento”. Essa outra função que Mnemosine desempenha, também está no cotidiano dos trabalhadores que nos serviços de saúde mental não são considerados como equipe técnica: os porteiros, copeiras, faxineiras.

Ao responder uma das perguntas, me diz que nunca parou para pensar sobre o que era a loucura ou a pobreza: “Quando falavam em saúde mental, pensei que seria uma loucura, paciente babando e gritando o tempo todo. Pensei que o trabalho demandasse mais. **Que os pacientes não tivessem autonomia para fazer as coisas.** Lá apesar de algumas limitações todos têm autonomia”. Sobre a pobreza: “Mais por conta da questão familiar, lá no CAPS tem muita gente em situação de rua, é o que a gente mais tem recebido. De alguma forma a pessoa apesar de ser pobre, com a família presente, tem uma ajuda. Já os outros contam com a ajuda de outras pessoas, e nem sempre as pessoas estão abertas. Lá perto do CAPS tem muitos, e com a pandemia a gente teve uma outra visão. **Antes eles iam para o CAPS pra procurar comida, café e depois o tratamento. Hoje com a pandemia eles tem muito mais ajuda na rua, com comida, várias opções, e estão indo para o CAPS pro tratamento. Mudou o tratamento das pessoas que passam por eles na rua, e antes nem falavam, hoje falam e ajudam**”.

(Como é para você trabalhar junto ao público da saúde mental? Pergunto). Ela diz que tal experiência superou as suas expectativas. “Às vezes eu acho que lido até demais. Por conta do tempo ali fui pegando o jeitinho, o manejo, e lido até demais. Não incomoda não. Eu até gosto. De sair um pouco do esquema de escritório”. A respeito de considerar se existem situações mais difíceis de lidar do que outras, cita pacientes que tem pouca autonomia. “Tem uns que têm algumas limitações. Eu não sei explicar, mas têm uns que demandam mais. Você pode falar 20 vezes a mesma coisa e não vão entender”. Também cita como ponto de dificuldade “pacientes agressivos que falam em um tom de ameaça. Ele tem toda autonomia, consegue se virar, está em situação de rua, mas o jeito dele pra mim é uma dificuldade”.

Para ela as questões de manejo da equipe com determinados casos é algo discutido coletivamente. “**Mas eu não sei se fica claro para todos os técnicos como lidar, mesmo quando tem uma direção no caso. Para uns é bem definido e para outros não. Isso atrapalha.** Por exemplo, numa equipe de segunda o paciente é tratado de um jeito, e em outro dia da semana ele é

tratado diferente”. Sobre a pauta racial entre os técnicos, pontua: “Eu não sei se para todo mundo é um problema, uma questão para discussão. É pra alguns. A gente passou por isso recentemente com um paciente que foi parar na recepção do CPN (hospital geral), não tinha documentos e foi posto na ficha dele como ‘homem negro sem documentos’. Foi discutido nesse caso”.

Pergunto como é fazer parte de uma equipe com diferentes especialidades: “Nunca tinha passado por essa situação. Acho interessante. **Que tudo não precisa ser só psicólogo ou psiquiatra. As pessoas chegam lá muito com isso. Tipo que a assistência social resolve questões de benefício, pagamento, e não é isso na verdade**”. Da relação do CAPS-ad com outros serviços da rede interna e externa afirma que “tem uma relação boa, mas não sei se com todos. Não tenho acesso aos encaminhamentos. Mas por exemplo, encaminhar para o CAPS “X” tem uma dificuldade, com o Centro de Convivência e Cultura, é boa. Com os PMFs (atenção básica) acontece um trabalho legal. Os abrigos (assistência social) têm se aproximado um pouco mais”. Conclui que “a princípio parte mais da conversa dos técnicos. De equipe com equipe”. Sobre protocolos de encaminhamento e recepção de casos novos, relata que “a grande maioria dos serviços faz encaminhamento e manda a pessoa sem passar o caso antes. Do CAPS-ad normalmente é feito um contato antes com o próprio serviço ou com um técnico específico, principalmente quando é ambulatório”.

Cita o caso de um paciente paranoico grave, com importante uso de cocaína, como um exemplo de intervenção positiva de toda a equipe. “M. Luiz num momento de crise poder estar mais presente no CAPS, como não costuma conseguir estar. Ele fica mais na rua pedindo dinheiro. A presença da equipe com ele”. Como exemplo de alguma situação com condução problemática, não se lembra de imediato. “Não lembro. Teve um paciente da CLIN (empresa de limpeza) que o psiquiatra afastou do trabalho. Afastou o vínculo. Ele nem gosta mais de ir ao CAPS, vai quando é obrigado a levar um papel (comprovante de tratamento) pra CLIN. Ele ficou com isso, que foi um psiquiatra do CAPS-ad que afastou ele. Não reconhece que tem problema com álcool. Pra ele tem que continuar trabalhando. Ele estava a ponto de ser mandado embora... situação muito grave”.

As maiores dificuldades que Mnemosine enfrenta na realização do seu trabalho se referem ao espaço físico, mas não só: “Eu acho que é mais o ambiente, o espaço do CAPS, antigo, velho, quebrado, falta de medicação, de material para as atividades de grupo, o ateliê, por exemplo. O trabalho é possível do jeito que está, mas o ambiente...”. A respeito de sua própria saúde mental, se encontra espaço de autocuidado diz: “Então, lá no CAPS não. Mas procurei fora. Há um ano eu faço um acompanhamento com psicólogo. Me ajudou com algumas angústias que eu tinha do trabalho”. As melhorias que proporia ao equipamento seria primeiro um espaço melhor onde pudesse haver a convivência dos pacientes, e os atendimentos em um local adequado.

Sobre trabalhar na pandemia explica que no início achava que não precisava ir, que as chances de contaminação eram muito grandes, e achava tudo muito ruim. “Fiquei apavorada. Com o tempo de alguma forma foi bom, porque estou saindo de casa, não fico nessa ansiedade. Mas ainda com medo de contaminação. Até porque lá no CAPS algumas pessoas já tiveram (Covid-19) na equipe e isso me deixa um pouco aflita. Pacientes que sabemos, foram 02. Agora eu desencanei”. Conta que para a maior parte da equipe aceitar que o CAPS funcionaria normalmente deixou as pessoas irritadas. “Mas hoje a gente reduziu o funcionamento e deu uma tranquilizada”. Já para os usuários, foi delicado entenderem as mudanças acontecendo. “Foi muito difícil (para os usuários) aceitar que não ia ter almoço com 30 pessoas almoçando juntas. A procura era grande, e depois foi dando uma esvaziada, talvez por eles terem conseguido entender. Teve o Lockdown em Niterói. Os pacientes do viaduto não iam mais para o CAPS-ad no almoço porque entregavam comida na rua. Iam lá depois. Agora está aumentando de novo a procura. Inclusive de pacientes de primeira vez”.

*EXU: Homem, negro, 50 anos, técnico de enfermagem*

Vínculo: Contrato Simplificado | Salário: R\$ 1.200 bruto, 30h semanais

Exu trabalha como técnico de enfermagem contratado na saúde mental de Niterói desde 2014, “Nem me lembro mais”. Antes do CAPS-ad trabalhou na enfermagem feminina do HPJ (hospital psiquiátrico de jurujuba). “Na época que ouvi falar do CAPS foi quando trabalhava no SRI (Emergência psiquiátrica do HPJ). Falavam muito do CAPS-ad lá. Quando cheguei já tinha uma ideia mais ou menos do que seria”.

Avaliando como as coisas eram quando chegou, e hoje em dia, nota que com relação aos usuários mudou muito o cenário. “Hoje tem muito mais galera em situação de rua, uma quantidade enorme de pessoas. Ultimamente, ainda mais depois da pandemia, a galera se estressa por mínimas coisas e vai pra rua, uma galera jovem. ‘Briguei com minha mãe, fui pra rua’. O cara nunca foi morador de rua, e vai, uma coisa que nem ele mesmo espera”.

Descreve seu processo de trabalho da seguinte forma: “A princípio, no CAPS mesmo não acontece o uso da própria enfermagem, curativo. É mais a dispensação da medicação. Faço acolhimento de novos usuários, estou na escala de acolhimentos de primeira vez. A enfermagem lida com todos os pacientes, 100%. É mais dentro da enfermagem que a galera conversa, fala mais da vida, pede mais ajuda”. Pergunto sobre o espaço da convivência, no pátio, que é uma das atribuições da enfermagem. “Na convivência fico mais avoado, não absorvo nada ali, embora fale com um e com outro”. Conta que com a pandemia voltou a ajudar a servir o almoço, mas que agora

a enfermagem não tem mais essa função de cuidar da alimentação, conforme tinha anteriormente. Lembro que ele participava das oficinas de futebol, dos preparativos para o Carnaval. **“O futebol acabou”, diz, “acabou parando por causa do uso, de álcool e de outras drogas”.**

Quando pergunto sobre o que é pra ele transtorno mental (loucura), e exclusão social (pobreza), diz que aprende sobre isso a cada dia, e me pede para perguntar de novo, de outra forma. Peço que fale livremente o que pensa sobre as pessoas que atende no CAPS-ad, as que são loucas, as que são pobres. “Eu nunca trabalhei num Hebert (CAPS-II) da vida, numa enfermaria masculina (hospital psiquiátrico). **Ali no CAPS-ad é um pouco a vivência da minha vida. Galera que convivi muito, galera usuária, alcoolista. Aprendi com caras mais velhos desde moleque. Galera alcoolista. Galera de cometer assaltos devido a droga. A maioria que conheço do tráfico são filhos dos meus amigos. No CAPS-ad é um pouco do que eu vivo no dia a dia. Meu bairro (Santa Luzia – São Gonçalo) é considerado comunidade agora, poucas ruas estão sem barricadas. Minha abordagem é mais tranquila. Já encontrei pacientes do meu bairro aqui”.** Sobre a pobreza: “Ah, não sei como responder. Estava conversando com a copeira, ali tem uma galera que tinha herança, grana, que não soube aproveitar. **Mas tem uma galera muito pobre e que começa cedo nessa vida adquirindo uma herança dos pais, herança de alcoolismo.** Não estudou, não trabalhou, pais envolvidos no tráfico”.

Se acha que existem casos mais difíceis de lidar do que outros e quais seriam, comenta: “Eu sempre falo como enfermagem: é aquela galera que burla nosso esquema da medicação. Tem uns que com a idade, estou acompanhando porque estão em casa (na pandemia), é difícil agora não tomar, ou usar (a medicação) como drogas; mas dizem que a gente deu a menos. P. chegava com um monte de medicações dizendo que enganou a gente”. (Ela contava pra vocês que enganou? Pergunto). Risos dele. “Esses dias a R. ligou se passando pela psicóloga, mandando a gente liberar a medicação”. Na sua avaliação, há empenho da equipe em discutir casos que causem maiores dificuldades. “A gente tem discutido sim bastante. Agora na pandemia as reuniões são pelo *Zoom*”.

Exu é um homem negro, vindo da periferia, com um cargo técnico em uma equipe interdisciplinar. Sobre a pergunta que questiona sobre a discussão racial entre a equipe, e sua percepção sobre a maneira que negros e brancos são tratados no serviço, diz: “A Arlete (antropóloga da equipe) tem levado bastante essa discussão. Ela levanta a bandeira. Quando não estava tendo supervisão, e ficou combinado de usarmos a hora para discutir temas, levamos essa questão. Acho que sim (que pessoas brancas e negras são tratadas iguais no CAPS), só que acho que essa questão do negro... é uma galera que já se coloca nesse lugar de reivindicar menos, ficar mais calado”. Observa que há preconceito com alguns usuários, “não digo nem por ser negro, mas tem alguns que falam daqueles que estão em situação de rua, chamando de ‘esses aí’, ‘essa galera aí’”.

Ele acha interessante fazer parte de uma equipe interdisciplinar. “No CAPS-ad que eu fui ter essa forma de trabalho. Aprendo muito. Essa galera que vem nova, tem um rodízio (residentes, estagiários, novos contratados), a gente aprende bastante. Toda galera que chega nova leva sempre o Roberto para discutir. Aí surge sempre algo novo, que a gente achava que nem tinha mais nada. Eu estou sempre colado neles”. Roberto é um caso, Exu me lembra, que tem hora que empaca e parece que não sairá mais nada dali, e os estagiários, residentes, a médica que já foi residente e volta contratada, a galera nova com quem Exu gosta de colar, estão sempre trazendo Roberto de um jeito novo. Assim como, ele me conta, incluem a copeira nas discussões de caso nas reuniões. **“A copeira é uma pessoa muito aberta para falar com os pacientes. Essa galera tem trazido coisas pra gente. Incluem seu Manoel, o porteiro, todo mundo”**.

Da relação de seu serviço com outros serviços da rede de saúde mental, e da rede externa, diz que “o CAPS-ad é sempre junto, o CAPS está em todos os lugares. Agora (pandemia) tem essa coisa do Hotel, Abrigo, Centro-Pop. A gente não conseguiu voltar praquele Matriciamento que fazíamos (quando trabalhamos juntos), mas eu ainda falo com aquele médico do Palácio (atenção básica) até hoje”. Se ele identifica protocolos de encaminhamento e acompanhamento conjunto de casos, diz que “rola um protocolo sim, contato por telefone, ou encaminhamento por escrito”.

Ele me surpreende com o caso que escolhe relatar como exemplo de intervenção que funcionou bem. “Um caso que fiquei muito na cabeça foi do cara que assassinou a menina. O J.V foi difícil lidar com ele desde o início, quando chegou. Chamei ele não como paciente, mas como homem. Ele não aceitava o Não nunca. Uma coisa negativa. Me ameaçava de morte, me dizia que já tinha matado 05. Chutou a porta da enfermagem. Puxei ele pela camisa. De homem pra homem. Quando ele conheceu a menina (que assassinou ao fim do relacionamento), eu dei R\$ 5,00 reais a ele. Nesse dia ele quis dizer que me considerava, que agia daquele jeito era com o CAPS, não comigo. Toda a questão dos caras ali comigo é assim. Às vezes falam que sou X-9. A maioria ali é mulher (na equipe), então...”. Sem conseguir me conter pergunto como foi pra ele saber que J.V assassinou a namorada, um namoro que vimos nascer, ficar violento, etc. Exu me diz com praticidade, despido de onipotência, que “o que foi possível (enquanto equipe) foi feito”.

Não recorda situação de manejo complicado com rompimento de vínculos. “Não sei. Comigo é um pouco difícil de ter esses casos de romper. Não lembro agora”. Sobre suas maiores dificuldades traz, no meu entendimento, um elemento analisador dos discursos *psi* que entranham a saúde mental de Niterói: “Essa coisa que eu estou aprendendo ainda, falar nas reuniões, falar mais. No pé do ouvido é a forma que consigo falar. Deixo de falar coisas importantes porque tenho essa dificuldade”. Considerando o tanto que Exu trabalha, sendo pau para toda obra, cotidianamente no diálogo com os pacientes, dando banho nos usuários, chamando pra real, segurando todas as



situações de violência, além dos procedimentos técnicos da enfermagem, seu silêncio paira como um analisador dos momentos de silêncio nas equipes. Qual a natureza disso?

Sua resposta sobre espaço de autocuidado para sua saúde mental, foi interessante: “Até tenho, mas assim o espaço que eu mais tenho é beber um vinho. Eu não sou muito de.... entendeu. Depois que veio a Covid tem até um grupo de ajuda de psicólogos. Mas prefiro o vinho, conversar com amigos do cotidiano. Não procuro ninguém pra falar”. As melhorias que proporia para o equipamento são insumos, “ficamos sem medicação agora de novo”. E também o espaço físico, “lá não mudou nada, está cada dia pior. A galera que faz a manutenção é sempre o mesmo cara, um mesmo cara pra fazer tudo. O cara não é eletricitista, não é bombeiro...”.

A respeito de trabalhar na pandemia, fala que “o ritmo de pacientes na enfermagem sempre foi todos os dias ver todos os pacientes. A gente está tendo que conversar com pacientes que a gente só dispensava medicação. A escuta... tempo para ouvir mais os pacientes. Eles estão vindo com mais demandas. Quem está em casa diz que está trabalhando mais (pessoas da equipe pertencentes ao grupo de risco), só que.... Está mais difícil pra ouvir. **Essa questão da referência pra enfermagem, é mais difícil ouvir. Sem tempo. Dar conta das outras coisas.** Faço o que eu tenho que fazer”.

**DEMÉTER:** *Mulher, branca, 50 anos, psiquiatra*

Vínculo: Contrato Simplificado | Salário: R\$ 6.000 bruto, 24h semanais

Deméter é psiquiatra contratada na rede de saúde mental desde 2006, e está no Ambulatório de Saúde Mental desde 2008. Apaixonada pelo serviço público, conta que desde o início “foi uma grata surpresa ver como o trabalho em rede acontecia. Como o HPJ (hospital psiquiátrico) se comunicava. Ir à casa de pacientes com carro da prefeitura. Isso tudo era novo para mim. Essa experiência do trabalho em rede foi muito marcante. Foi a diferença entre emprego e trabalho”. Ela ainda se sente assim, e há anos deixou o consultório particular para se dedicar exclusivamente ao SUS. “A característica mais importante é o trabalho em equipe de verdade. Não é um grupo de pessoas fragmentado. Por isso é possível atender tanta gente. Não imagino um trabalho sem essa dimensão de equipe. Isso inclui os dispositivos do território. A articulação intersetorial maior, e necessária, é uma consequência do trabalho em equipe”.

Deméter pondera que a equipe do ambulatório está cada vez menos “multi”, atualmente contam apenas com psiquiatra, psicólogo, e acompanhante domiciliar. “Ficou muito *psi* e isso é muito ruim”. O ambulatório já teve técnicos de enfermagem, enfermeiro, farmacêutico e oficinairo.

O armazenamento, dispensação e aplicação da medicação, quando necessária, era no próprio serviço. “A farmácia era o coração do Ambulatório. Paciente chegava lá para dizer que não estava tomando remédio, e que não era para contar pra médica. Os farmacêuticos também eram referências dos pacientes (no sentido de acompanhar os casos). Mas, ao mesmo tempo ficava um caráter tutelar”. Para ela, a farmácia migrar para a Policlínica a qual o ambulatório passou formalmente a ser referenciado na rede de saúde — fica na mesma rua, bem perto —. teve perdas no que tange a formação multidisciplinar das equipes, e ganhos para a autonomia dos pacientes; além de uma aproximação da saúde mental com esse outro espaço de cuidado.

Em seu processo de trabalho, realiza consultas psiquiátricas individuais, dependendo do caso é disponível para a família ou acompanhantes. Ela faz uma observação de que o formato não é protocolar. Alguns atendimentos são em conjunto com outra pessoa da equipe, referência do caso. De uns tempos para cá abre para a presença de alunos de medicina os quais acompanha no ambulatório, e a formação em medicina a deixa preocupada e perplexa em alguns casos. Participa das reuniões de equipe semanal, que enfatiza novamente serem centrais no trabalho. Faz um grupo de Gestão Autônoma da Medicação (GAM) com outros colegas, em “uma dobradinha com a UFF”. Trabalha junto com o PMF (atenção básica), fazendo busca ativa com visita domiciliar, auxiliando com a medicação passada no posto de saúde, acolhendo situações de crise e intercorrências clínicas. A relação com o PMF é para ela “uma parceria de mão dupla”. Deméter é uma médica de SUS, com perfil tanto de ambulatório, quanto de CAPS. O que não significa que essa seja a realidade dos médicos psiquiatras que passam pela rede de saúde mental.

Pergunto o que ela pensa sobre as concepções de transtorno mental e exclusão social/pobreza. Responde que “essas duas coisas estão muito imiscuídas. O transtorno mental por si só já facilita uma fragilidade social na integração do usuário com a sua comunidade. Dependendo do transtorno tem as questões com o trabalho, quando não é protegido (direitos trabalhistas), tem as fragilidades nas relações familiares, a legitimação do sujeito na família fica comprometida, fica um sujeito desnudo de palavra, de direito, de papel na família”. Faz uma reflexão sobre seu papel em meio a complexidade dessas situações: **“Por outro lado, a gente precisa ter muito cuidado para não medicar o social. É uma questão sempre presente. Não medicar a violência, não medicar as contingências da vida. Somos seduzidos a fazer isso. A fazer algo. Fazer algo com o sofrimento do outro. Ao mesmo tempo isso pode tirar o posicionamento político do sujeito. Esvazia. Eu me coloco super dentro disso. O papel da supervisão é muito precioso nisso. Uma supervisão regular na reunião de equipe. Um lugar para tratar disso. Pensar o nosso trabalho a partir de uma palavra de outro lugar, quem está de fora”**. Ela observa que o território no qual o Ambulatório se encontra é marcado pela violência e pela pobreza.

Imediatamente traz os desdobramentos da pandemia, que acirraram esse apelo pela medicalização do social: “O tênue laço do equilíbrio da sobrevivência se esgarçou”. Menciona o quanto discutiram em equipe como intervir nas situações que se impunham a partir da pandemia. “Não caberia a nós ajudar os pacientes desse jeito, com comida. Mas a situação de fome iminente se colocou de forma muito palpável. Têm pacientes que comem com o que conseguem a cada semana. Isso mantém um equilíbrio da sobrevivência. **Como é tênue, a pandemia desfez coisas com muita facilidade.** Começamos a receber pessoas com risco de fome. Isso antes do auxílio de R\$ 500,00. **Como posso ouvir alguém passando fome com dinheiro na carteira? E resguardar o seu espaço clínico**”. A fim de não abrir a carteira na frente dos pacientes, se articularam com ONGS dentro e fora do território e fizeram doações para lá. “Foi algo pessoal – indicamos caminhos para eles (pacientes). Mas a gente que ajudava com o dinheiro”. Verbaliza que esse tema, lhe causa certo desconforto em abordar. “A gente acaba preenchendo um lugar que não é nosso, é do governo”.

Lembramos de quando ajudávamos com dinheiro de passagem uma paciente alcoolista grave. M., paciente que acompanhamos juntas e para a qual muito enfiamos as mãos em nossos bolsos, dizendo que o dinheiro vinha da “caixinha do ambulatório” — que até existia, mas costumava ficar vazia. “Você não pode ir lá comprar legumes para mim?”, Deméter diz escutar isso nas consultas. E afirma novamente a preocupação em resguardar a clínica desses sujeitos. (O que é A Clínica para você? Pergunto): “— Estamos em um local de tratamento e atendimento de uma especialidade. Temos o compromisso com a saúde mental, e não só, já que não existe mental e físico separados, mas nossa especialidade é a saúde mental. E temos os efeitos colaterais no corpo, da vida, etc. Nosso laço ético é com o cuidado do paciente. Um cuidado que não é leigo, é especializado, possível com estudo, formação, supervisão, responsabilidade, atenção. **O risco de achar que qualquer coisa é cuidado, vira um saco de gato. Tipo dar comida. O cuidado precisa estar dentro da dimensão clínica pro paciente, e não ser algo que vai nos aliviar em nossa dimensão pessoal. Então nossas ações são guiadas pelo cuidado e tratamento clínico**”. Reflete mais sobre a pandemia: “A Covid colocou mais em cena a necessidade da gente ser guiado pela clínica. As questões sociais se tornaram uma avalanche. O perigo de se tornar foco, pelas radicalidades das suas consequências... Um véu entre a gente e esse laço com a clínica. **Se não fosse isso eu teria dado comida.** Eu fiquei muito mal. **Mas quem daria o cuidado?**”.

Deméter expressa que adora lidar com o público o qual atende. “O motor de desejo no meu trabalho é muito em relação aos direitos dessas pessoas que eu atendo. **Uma coisa que me movimenta muito é o desejo de que essas pessoas saibam e exerçam seus direitos, não só civis, mas no seu núcleo familiar, na própria percepção de si. São pacientes que não acham que devam ter direitos. Essa dimensão política, não partidária, de conhecimento das leis, de**

**escolhas**”. A incomoda ao extremo as épocas de eleição, quando pacientes dizem que vão conseguir fazer exames (por exemplo, tomografia) pois votarão em determinado candidato. Conversa com eles sobre isso, não de abrir mão da tomografia, mas de ampliar a percepção sobre o que está acontecendo. “No GAM a gente lê muito sobre isso, leis, o direito de opinar no tratamento. Desloca principalmente o médico de uma posição hierarquizada, colocando numa posição lateral, embora com papéis definidos. Uma lateralização das diferenças”. Referindo-se ao papel costumeiro dos médicos, cita o texto “Carta ao Pai”, de Kafka, no qual o filho diz algo como “você sempre foi muito bom em palestras, mas nunca conseguiu participar de um diálogo”. Pensando sobre seu lugar, da medicina, diz que “no diálogo ficamos mais desconfortáveis”.

Faz uma análise crucial sobre os tipos de casos que considera mais difíceis de lidar do que outros, e as suas características:

- “A primeira vista, os pacientes com muitas desestabilizações podem parecer mais difíceis de acompanhar. E as vezes, a partir de um tratamento médico, se consegue uma estabilização que passa a ser uma tutela: ele fica silencioso e por isso pode parecer fácil... Esses são os pacientes menos pensados em equipe, menos pensados por nós mesmos, porque ‘não dão trabalho’. **Mas é importante nunca descansar em um paciente silencioso!**”;

- “Pacientes que em seu sintoma, em sua apresentação, destituem a todo momento o profissional. Quando é possível se colocar ao lado, sem medir forças, você consegue ter o contato de outro jeito, entender o que ele está comunicando”.

- “Existem pacientes que são difíceis porque desafiam a onipotência do tratamento. **Pacientes que não melhoram colocam em xeque o que estamos fazendo.** Pacientes mais graves que colocam em xeque o que a gente não consegue resolver. Não respondem ao que a gente acha que deveriam responder enquanto tratamento. A gente se coloca em questão, tocam na nossa ferida narcísica – ‘Ele não melhora’. Certamente é dos dois. Da relação. É tão humano.”

- “Paciente que não adere ao tratamento por questões sociais. Não consegue chegar. Dificulta o tratamento”.

- “Paciente que tem uma relação de muito agradecimento, muito amorosa. Cativar o outro no amor é mais perverso ainda, não te dá chances nem de se defender. Colocar o sucesso do paciente somente no médico. Uma dívida eterna que impede que ele fale do que não está bem, inclusive da medicação que não está mais boa. O nome do médico é mais importante que o dele próprio. Essa posição devedora é cômoda para quem recebe. Fica difícil ajudar o paciente a sair dessa relação desigual”.

A respeito do manejo da equipe quando técnicos estão com dificuldades nos casos, vê que existe acolhimento coletivo. “E na dimensão de incluir o sofrimento do paciente. Ajudando o

técnico a se reposicionar na contratransferência negativa. Inclusive considerar o limite do técnico, dele poder dizer se pode continuar ou não atendendo”.

Quando pergunto de possíveis reflexões sobre racismo, e se ela considera que o tratamento de brancos e negros é igualitário no serviço, Deméter diz que esse não é um foco. “Penso muito mais nas questões do transtorno e do sociocultural”. Sobre o tratamento igualitário, responde “Sim”.

No que diz respeito a intersectorialidade, fala que **“às vezes é mais fácil, às vezes mais difícil. Em construção. Existe um esforço. Provavelmente dos dois lados, eu vejo o nosso lado porque estou lá dentro”**. Lamenta a falta de assistente social nos ambulatórios, pergunto se eles se articulam com os CRAS. “Sim, mas são serviços muito distantes de nós, não de distância, mas de lógica, diálogo pouquíssimo, ínfimo. Sinto uma falta muito grande. O diálogo se torna rarefeito, é uma perda enorme”. Os protocolos de encaminhamento entre serviços existem. “Fazemos contato pessoal por ligação, por escrito, ou os dois. Com alguns já tem uma aproximação grande. Com alguns serviços é mais burocrático o encaminhamento. **Eu nunca tinha pensado nisso, mas para o CRAS eu nunca encaminho por escrito. Eu falo para o paciente ir lá saber. E isso fala de mim. O quanto eu conto com a assistência social. Provavelmente essa distância é também construída por mim”**.

Como experiências de maior relevância que queira compartilhar escolhe o grupo de gestão autônoma da medicação. “O GAM no Ambulatório é uma das coisas mais potentes que eu participo. Ter o GAM como uma tecnologia do ambulatório... É um grupo semanal, o encaminhamento passa pela equipe. Antes os pacientes convidavam outros pacientes. O primeiro grupo demorou 02 anos, e esse tem 01 ano e meio. É um grupo aberto, de porta aberta, uma construção do grupo, não somente dos técnicos. Ficamos preocupados quando começaram a convidar outros pacientes, pelas contraindicações de participação mesmo. Combinamos que todos, pacientes e técnicos, se quisessem convidar alguém, levariam antes para o grupo o convite. Ou remeteriam a quem é de referência para avaliarem juntos se é uma boa indicação. O GUIA GAM parte da medicação, dos efeitos colaterais, dá informações sobre a medicação”.

Para Deméter a questão da medicalização ainda é algo difícil da Reforma Psiquiátrica cuidar. E a construção do GAM nos serviços trabalha a autonomia coletiva. No primeiro grupo observaram mais de 10 pacientes que pegavam semanalmente na farmácia do ambulatório medicação separada em pacotinhos individuais, por dificuldades diversas. Explica que no GAM não só a relação com a medicação busca perpassar a autonomia, como também “o paciente vai vendo as redes que ele tem. A igreja, os amigos, a família”. Acrescenta se referindo a administração coletiva do grupo, que “o moderador tem o papel de sair do mecanismo da moderação. Tudo é encaminhado no grupo. O que há de mais formador no ambulatório é o trabalho em equipe, e o GAM nesse

exercício da lateralização”. Conta que para residentes de saúde mental participarem do grupo, a decisão passou por lá. **“É de verdade. Eu sair do protagonismo, ao mesmo tempo eles entrarem. Um exercício de experimentar. De se sentir ouvido. No primeiro GAM eu sofri muito. ‘Dra. Deméter a senhora me passava um remédio que eu me sentia dopada, dormia o dia todo. Mas eu pensava que a senhora sabia o que era melhor’. Quer dizer, eu sabia mais dela do que ela. Passou meses sem ter legitimidade para me dizer isso. Isso é um soco no estômago. ‘Dra. Deméter eu nunca disse isso, mas a minha vida sexual acabou com esses remédios’. E ela tomou o remédio por anos. Mudei meu posicionamento com o GAM. E mudar mais velho dói mais. Porque você revisa toda a sua prática”**.

Acha imprescindível um espaço para cuidar de si, e para ajudar o outro: “Análise pessoal e supervisão sempre”. Das melhorias que proporia para o funcionamento de seu equipamento, coloca em primeiro lugar uma equipe mais multidisciplinar. Depois: “estruturalmente atendemos num lugar com as paredes rachadas, cadeiras rasgadas, uma falta de respeito com as equipes e os usuários. Os insumos, material de trabalho, vínculo empregatício seguro. Boa remuneração para as pessoas não precisarem ter vários locais de trabalho e se dedicarem onde estão”. Conclui que há uma formação permanente muito potente no Ambulatório.

**PANDORA: Mulher, branca, 31 anos, psicóloga**

Vínculo: Contrato Simplificado | Salário: R\$ 2.000 bruto, 30h semanais

Pandora é psicóloga contratada no Ambulatório de Saúde Mental desde 2017. Fazia especialização em psicanálise e saúde mental na época dos protestos coletivos por melhores condições nos serviços, e acompanhou esse processo junto das equipes pelas quais passou no momento do estágio. Vinda de São Gonçalo, de uma rede que considera o trabalho burocrático e pouco articulado, conta que gostou muito de Niterói. “Quando cheguei tinha um farmacêutico, técnica de enfermagem. Faz parte do desmonte ir perdendo profissionais... O Ambulatório ficou psicólogo e psiquiatra. Tinha a farmácia antes. Foi bom que os pacientes passaram a frequentar a Policlínica de um outro jeito. Mas perdemos esses outros saberes e ficou só psicólogo e psiquiatra. O farmacêutico fazia um grupo de música, que eu fazia com ele. Mas foi acabando”. Ela fala do funcionamento do GAM (grupo de gestão autônoma da medicação), “os pacientes têm um vínculo que independe de nós”, e lamenta que durante a pandemia o grupo não esteja se mantendo pelas barreiras de acesso dos pacientes com a internet.

Sobre seu processo de trabalho aprofunda a descrição, falando que “o lugar do psicólogo é construído a partir de cada caso que chega. Niterói é muito difícil pensar a clínica menos

individualizada. As vezes o cara que chega lá e não tem o que comer, nem dinheiro de passagem. O que atravessa a formação do *psi*... Tem um apagamento, uma lógica privada. Como conjugar clínica e política? Cuidar para não cair no burocrático”. Conta sobre a porta de entrada do serviço, as pessoas passam por um primeiro acolhimento, e geralmente vão para um grupo de recepção, no qual se dará a construção de como será seu tratamento. “E tem um grupo de retorno. Os pacientes perguntam ‘Ai, vou passar por tudo de novo?’. Ela inclui em seu processo de trabalho se perguntar o que é o tratamento pra cada um, pensar sobre a violência do território, e lhe chama a atenção os pedidos frequentes por medicação. **“Tinha épocas que só aparecia isso nas reuniões de equipe. ‘Encaminha ou não encaminha para o médico?’”**

Fala de uma moça que durante a pandemia tentou atender remotamente. “Ela estava falando baixinho. ‘Minha casa só tem um cômodo’. O que se faz?”. (Você acha que outras pessoas também têm essa percepção? Pergunto): “— Sei lá. Algumas pessoas sim, outras talvez não. **Sensação de que a rede de Niterói tem um caminho que é da clínica... Num sentido que apaga alguns valores em detrimento de outros. Mas a equipe topa o trabalho, situações muito delicadas que não seriam possíveis sem isso**”. Traz a importância do trabalho de matriciamento entre o ambulatório e os PMFs (atenção básica), critica a ausência de CAPS-III no município, que culmina com ter que contar demais com o hospital psiquiátrico. Pandora faz acolhimentos de pacientes de primeira vez, grupo de recepção para casos novos, participa do GAM, realiza atendimentos individuais e participa das reuniões da COVIG (Coordenação de Vigilância em Saúde) para acompanhar as notificações de tentativas de suicídio no território.

A questão do entendimento sobre “transtorno mental” (ou “loucura”) e “vulnerabilidade social” (“ou pobreza”) considera uma pergunta difícil de responder. “O encontro com a loucura tem toda uma construção médica, passa pelo saber médico, nessa concepção de transtorno. A pobreza... Pessoas que não têm tanto acesso aos serviços”. Lembra de uma moça cheia de sacolas, que o CAPS tentava abordar, “não necessariamente para medicar, e ela se esquivava, afirmando que nem todas as pessoas que têm uma relação com a vida que passa pela loucura, precisarão dos serviços especializados. “Recebemos muitos casos graves, que precisamos contar com a emergência do hospital (psiquiátrico). Pensar a loucura é pensar o tempo todo as barreiras que são colocadas, de acesso”. Pergunto se para ela essa concepção reducionista à medicação, esquecendo outros acessos que são negados a quem é considerado louco, é uma percepção apenas de quem está fora dos serviços de saúde mental. **“Nós o tempo todo precisamos olhar para nossa prática que também é construída em cima desses vetores de exclusão, de valores hegemônicos, me incluo também nisso. Não é simples. É sempre um desafio não tutelar”**.

Narra um acontecimento com uma moça que acompanha. Ela começou a trabalhar em um supermercado do território, em uma vaga para PCD (pessoa com deficiência), através de uma articulação do ambulatório com o Centro de Convivência e Cultura. Pessoas lá de dentro do mercado se aproveitaram da fragilidade de sua situação, “usaram o cartão dela numa posição hierárquica, de assédio moral. Passou por ela pensar e decidir o que iria fazer (denunciar, etc.). Ela me disse em certo momento: ‘Sou adulta’. Dá muita vontade de fazer alguma coisa (a mais). Mas não pode ser fazer por ela”. Como é lidar com esse público, pergunto. “Qual?”. (Do Ambulatório e do território que você está): “— Num Ambulatório é muito difícil receber certas demandas de crise. Não tínhamos com o que contar. Acionávamos a guarda municipal quando não tinha o que fazer. Agora tem um porteiro e fez muita diferença ter alguém na porta. Frear, filtrar uma chegada. Ficávamos muito destacados da Policlínica”. Lembra de uma moça, caso bem grave, com episódios de agressões a técnicos, que era do CAPS que ficava perto do ambulatório, e que na verdade “era de toda saúde mental”, e ficava muito lá na recepção do ambulatório. Pergunto por que a moça ficava lá, em sua opinião, “acho que ela incluía o Ambulatório no circuito de cuidado dela. E quando estava mal invadia, ameaçava”.

Sobre usuários que considera mais difíceis de lidar, cita inicialmente situações de risco de suicídio. “Coloca o ponto da morte muito dentro. Quando o sujeito parte para o ato”. Menciona que a prefeitura não tem uma formação contínua para os trabalhadores lidarem com casos mais desafiadores, uma reciclagem, “há pessoas há anos trabalhando no automático”. Cita também a dificuldade com situações de violência, o receio quando a equipe é ameaçada, o medo de ser agredida. Retoma o caso dessa paciente do CAPS que circulava por lá, e que é para os serviços da rede que a conhecem, “uma situação limite na saúde mental”. Acrescenta: “**A gente demorou muito tempo a dizer em reunião que estava com medo dela. Tinha um certo constrangimento. Dizer que tem medo do paciente. A equipe demorou. Todo mundo tentando se proteger. Fez muita diferença quando todo mundo começou a dizer. Foi acolhido e um pôde contar mais com o outro. Ainda que fosse pra ajudar a chamar a SAMU (serviço de atendimento móvel de urgência). Um suporte**”. Diante da dificuldade de lidar com determinados casos, dela e/ou dos colegas, considera a equipe bastante acolhedora.

A respeito da discussão racial observa que existe “um apagamento muito grande na nossa formação. Cursei psicologia na FAMATH, na época não se discutia isso. Agora no Mestrado (UFF), isso tem sido falado. Não tanto quanto a gente deveria”. Pergunto se nota no serviço algo que passe pela questão racial. “Eu acho que sempre tem. Nossa equipe tem agora 02 estagiários, a D. Lurdes (faxineira) e o porteiro. Não desmerecendo. E por muito tempo foram só eles. Chegou recentemente um psicólogo. Mas antes nem nas entrevistas chegavam psicólogos negros”.



Ao falar sobre como é trabalhar em uma equipe interdisciplinar, traz a perda que é ficar uma troca “médico-*psi*”: “Tivemos essa perda. **Já não era uma equipe composta com muitos saberes.** Era (além de psicólogos e psiquiatras) acompanhante domiciliar, técnico de enfermagem e farmacêutico. Fomos perdendo. O acompanhante domiciliar não tem passagem para circular no território”. Ao mesmo tempo, com relação a articulação intra e intersetorial com outros serviços, “os Ambulatórios em Niterói têm essa característica de fazer articulações. A gente se esforça muito para estar próximo. Tem o legado do matriciamento com os PMFs (atenção básica), muita articulação com o Centro de Convivência, assistência social, conselho tutelar, escolas. Temo o grupo de acolhimento de infância que uma colega faz, foi feito um trabalho com as escolas do território”. Os encaminhamentos são feitos por escrito e por contato telefônico entre as equipes.

Como exemplo de alguma situação que acompanhou e considerou o desdobramento relevante, fala do caso que citou anteriormente, “essa situação da paciente do assédio. Sustentar a palavra dela sobre o ocorrido. Estar com ela”. E como exemplo de intervenção que a conduta a tenha deixado mais preocupada, conta sobre uma situação envolvendo abuso sexual: “Achei que ia dar alguma merda, mas não. Era uma paciente que tinha os filhos abusados pelo marido. A outra psicóloga (do ambulatório) atendia o filho dela. Foi todo um trabalho. Procurei o Conselho Tutelar, disse que iria com ela, chamei pra ir. ‘Vai você’. Depois teve uma virada e ela mesma foi. Achei que ela pudesse não voltar mais (para o tratamento)”. Traz também outra paciente com tentativas recorrentes de suicídio: “Muito endereçada para mim. Eu ficava embaraçada sem saber o que fazer. Hoje ela está no CAPS. **Foram muitas situações limites em que não sabia o que fazer.** Embaraçada”.

Como a maioria dos psicólogos da rede, Pandora faz análise há muitos anos e encontra ali um espaço de autocuidado. As melhorias que gostaria em seu local de trabalho seriam: na estrutura do espaço, “espaço físico ruim. Tudo muito fechado, com mofo”; uma formação continuada, “devia ser uma política, faz muita diferença”; e a ampliação da equipe, “poder de fato ampliar o caráter multidisciplinar da equipe. Precisamos de técnico de enfermagem”.

No que se refere a pandemia, para ela “é muito desgastante fazer tudo remoto. Fica mais desgastante. Mistura casa, trabalho, ambiente doméstico. Você trabalha mais. Muito paciente não atende telefone, não quer falar pelo celular, são casas com um único cômodo. Tem sido um desafio”. Nesse momento estão sem algumas medicações psiquiátricas essenciais: “Não tem a medicação e ao mesmo tempo a palavra está limitada. Fica uma defasagem”. Expressa o medo de pegar Covid-19 quando está no plantão presencial.

OYÁ: *Mulher, negra, 34 anos, assistente social*

Vínculo: Concursada | Salário base: R\$ 708,92; Remuneração final: R\$ 1925,85, 40h

Oyá trabalha como assistente social, concursada, no Centro-Pop há 07 meses. Vem da área da socioeducação e desde que chegou, gostou de cara da possibilidade de trabalhar com população em situação de rua. Após esses meses de experiência sente que “é complexo, uma dinâmica bem diferente de trabalho, comparando com antes. **É um público que na verdade tem vários segmentos. Idosos, mulheres, jovem adulto, trabalhador informal, com especificidade de cada segmento. Isso é algo que traz um grande desafio de tentar fazer um trabalho de qualidade todos os dias. Até a situação de estar na rua é complexo, as pessoas acham que tem a ver somente com a pobreza, tem a ver também, mas não é só isso.** Tem a ver muito com saúde mental, diagnósticos de doenças crônicas já preexistentes, uso de substâncias químicas, tem várias nuances”.

Seu processo de trabalho é bastante marcado pelas demandas imediatas: “O que eu acho do Centro-Pop atualmente é que por conta de uma série de questões, tanto de organização institucional, quanto o agravo com a pandemia, **a gente fica muito refém das demandas imediatas, isso vai em oposição ao que o trabalho propõe... Quando cheguei as pessoas queriam colocar isso como o projeto de acompanhamento do usuário, para que ele saia da rua. Quanto mais o trabalho fica nas demandas imediatas, que são muitas, tem todo um porquê disso, o momento que estamos vivendo acirra a questão da pobreza e das pessoas irem pra rua, mais ainda de 2017 pra cá...** O que eu vejo é que estamos muito nisso”. Descreve do que se tratam essas demandas: “Tirar documentação é recorrente, pedir pernoite (abrigo para dormir apenas de um dia para o outro), acolhimento institucional”.

Faz um recorte a respeito da pandemia: “Pedidos de hospedagem emergencial. **Pessoas que já nos conheciam e não pediam ajuda, passaram a pedir.** Cresceu o número de casos de primeira vez, homens que saíram de casa por conflito com as esposas, questões de desemprego; casos de famílias de outros locais que vinham para Niterói sabendo do Hotel, dificuldade de pagar aluguel. **Questão da alimentação é muito determinante na procura pelo Centro-Pop, e também banho, lavar uma roupa, tomar uma água, uma estrutura mínima para recorrer**”. Com relação as intervenções que tem realizado, sublinha que não estão podendo fazer atividades coletivas. “**Na minha visão a pandemia acirrou mais essa característica, mas em Março ainda estávamos fazendo pouco esses projetos coletivos. Realmente a realidade ainda era com as demandas imediatas**”. Considerando uma mudança recente na coordenação de seu equipamento, diz que há

um “processo de construção coletiva institucional que ainda está caminhando, para compreender a melhor organização de trabalho. Por exemplo estamos atendendo uma pessoa, ela exige um pouco mais de tempo da equipe. Quando tem dependência química tem uma dinâmica específica de cada caso. Fazer busca ativa, por exemplo. **O usuário tem uma pressa, entre aspas, uma expectativa com a resolução. Às vezes não volta.** Trabalhamos com atendimento individual (ou a família) justamente porque tem sempre demandas urgentes”.

Oyá me pergunta se trabalho no CAPS-ad, explico que atualmente não. **“Nesses casos da dependência química precisamos avançar e recuar entendendo que tem o tempo do usuário. Tentativa e erro. Ele quer tentar dessa vez. Aí pensamos um PAC pra pessoa. As vezes ela passou por centro de recuperação, conhece o CAPS-ad, tem toda uma trajetória, mas vamos lá novamente e é isso”.** Oyá se refere novamente a complexidade que é a categoria Rua: “São demandas muito amplas, muitas frentes de trabalho”.

Conversamos sobre o entendimento dela das categorias “transtorno mental” e pobreza”. Começa pela pobreza: **“No serviço social ela seria a expressão da questão social, conceito complexo que tem uma historicidade. Produto da nossa estrutura social, do capitalismo que precisa da desigualdade social. Você não ter acesso não só a bens de consumo, mas a direitos, a cidadania. E está havendo uma piora. Um congelamento de 20 anos dos gastos públicos no governo anterior, e nesse agora acabando com o estado democrático de direitos. A pobreza é resultado disso daí”.** Loucura: “Entendo como um sofrimento psíquico, que a pessoa vai ter aquela narrativa dela, a vivência dela naquela condição, pode nem ter um diagnóstico fechado. Aprendi na RT (residência terapêutica) que ela precisa compreender a sociedade, e a sociedade a ela. Uma mediação de condições. **Eu mesma sofro de depressão. Ninguém está 100% OK. Taxa de suicídio crescendo entre os jovens. Crescimento da automedicação. Sintoma da nossa sociedade. Qualquer trabalho independente se é serviço social ou psicologia, qualquer trabalho é adoecedor, é pesado em todos os sentidos. A LOUCURA é essa. Se você for olhar pro que a gente vive no mercado de trabalho é adoecedor. Trabalhava na socioeducação e pensava, está todo mundo doente aqui. Mesmo quem parece bem, e segura essa carga bem”.**

Quando pergunto a respeito de casos que possa considerar mais difíceis de manejar/acompanhar pontua que “não é que são os mais difíceis, mas os que demandam mais atenção, esforço”, no caso “os usuários de saúde mental que são psicóticos. Tem uma questão ali que é difícil entender. Que divagam e você tem que ter uma abordagem mais voltada praquilo ali, vira um atendimento de quase 1h porque a pessoa vai falando diversas coisas que passam na cabeça, se perde, traz uma demanda e depois outra”. Cita dois casos como exemplo, o primeiro acompanhou em conjunto com o abrigo: “o usuário evadiu e voltou depois de um tempo. O psicólogo (do abrigo)

viu que ele precisava de um profissional de referência para acompanhar ele. Adorei fazer essa escuta junto com um profissional de saúde mental, havia questões persecutórias, conflitos no abrigo com outros usuários. Foi preciso pensar o que fazer nas situações, ver o CAPS pra ele ir. Ele conseguiu compreender o que estávamos passando pra ele. **Entender que o CAPS seria importante pra ele estar dentro do abrigo. Ele achava que CAPS era igual a tomar remédio e não queria, porque deixava ele assim assado**".

No segundo caso o usuário "**não conseguia se ver como alguém que seria da saúde mental**". Oyá entendia que pela gravidade com que se apresentava, ele precisava de uma avaliação, e ele dizia "**Não vejo porquê**". Alguém deu a ideia de acionar o HPJ (hospital psiquiátrico), mas ela sustentou que "o hospital psiquiátrico é uma emergência, não é para chamar assim". Fizemos o que era possível dentro dos nossos limites. Esgotamos o que poderíamos oferecer. "Não vejo porquê". **Mas houve uma busca por documentação, RED (registro de extravio de documentos)**. "Ele não se reconhecia... **Trabalhamos até onde conseguimos**. No serviço social a gente tem muitos debates sobre o limite do profissional, não somos heróis, não podemos fazer pelo usuário, tutelar ele. Até onde podemos chegar". Pergunto como é o compartilhamento dessas reflexões dentro da equipe do Centro-Pop. "**Dentro dos limites que a gente tem conseguimos nos apoiar**, mas acho que precisaria de um pouco mais de organização. Está caminhando... **Quando cheguei não tinha reunião de equipe, tinha com a coordenação, com pautas da coordenação, pautas institucionais... Eu acho que a equipe tem que ter autonomia para discutir seu trabalho**. Com a mudança da equipe teve um movimento no serviço. O processo ainda está engatinhando para **organizar fluxos de trabalho para sair das demandas imediatistas, discutir os casos com uma visão mais alinhada**".

Oyá pensa a discussão racial em seu dia a dia de trabalho porque estuda o tema na pós-graduação. "A gente vê isso muito ali. Vemos que parte da população que está naquela situação é negra. Idosos, mulheres, homens. A maior parte mesmo. No meu caso tento pensar sobre essa situação sim, na questão do porquê está nessa vulnerabilidade. Muitos ali vejo a questão de serem egressos do sistema penal, tanto mulheres quanto homens, e são jovens - 20 e 30 e poucos anos. Eu estudo o encarceramento". No que diz a respeito a como a população negra é tratada no serviço comenta que "**o pessoal lá tem uma visão de mundo mais progressista. O serviço social tem um código de ética que te faz olhar para essas questões. Não estou dizendo que a pessoa obrigatoriamente vai fazer, a gente sabe que tem profissionais que têm problemas. Mas eu vejo a equipe ali comprometida com os direitos humanos, com a política pública de garantia de direitos**. Inclusive as pessoas que chegaram comigo, eu e mais duas. Conversamos sobre os

casos. **Agora se você me perguntar se o racismo é discutido ali dentro eu respondo que não. Não é uma pauta**".

Oyá expressa o que mais a incomoda no que tange a essas percepções: **Eu posso estar sendo muito enganada por estar chegando agora, mas eu sinto que as vezes o discurso antes da pandemia quando não tinha vagas nos abrigos e tudo mais, eu sentia uma coisa tipo gerenciamento da miséria. Tipo 'Ah ele não está comprometido'. O critério era usado porque não tinha vaga. Tipo quem vai merecer essas vagas. Não que as coisas fossem colocadas assim, mas era isso. Eu ia pra casa chocada. Quanto menos vagas mais critérios. Mesmo que as pessoas fossem críticas o cotidiano do profissional ali da ponta lidando com tudo o mais, caia numa banalização: no caso dos idosos, ah a gente vai pedir e não vai ter. Ah tem que ver se essa pessoa está querendo. Isso foi uma coisa que me bateu muito, logo de cara. O que me revoltava era a não percepção de que era uma gestão da miséria. Diferente da gente saber que agia assim porque sabia que não tinha vaga porque não tinha. O que a gente podia fazer? Levaram para os conselhos deliberativos, para o conselho do idoso? Tem a correlação de forças... A fragilidade da secretaria evidenciada**". Ouvir tudo isso, junto da indignação na sua voz, "Eu estudo o encarceramento", era como se Oyá fosse minha parceira de trabalho na saúde mental, passando pelas mesmas situações.

O que pensa sobre o trabalho interdisciplinar no Centro-Pop a remete a comparar como era antes da pandemia, e o que mudou: "Temos psicólogo, assistente social, educador social, administrador, coordenação... Acho importante. **Mesmo dentro do serviço social é heterogêneo. A gente tem ali visões diversas do trabalho. Alinhar processos de trabalho é o desafio.** Alinhar equipe de abordagem (voltada especialmente para abordagens na rua) com equipe interna, com educador social, coordenação. Agora na pandemia está bem legal abordagem externa com interna. **A pandemia te traz uma possibilidade maior porque você precisa do outro. Antes eu via conflitos ali entre vínculos empregatícios, e questões pequenas diante do que a gente precisa fazer. A pandemia impôs que as pessoas dialoguem, que elas precisam do outro.** Por outro lado a pandemia trouxe restrições que atrapalham o trabalho interno. Não conseguimos fazer reunião, fica isso do *whatsapp*, a comunicação ficou um pouco trincada e isso repercute no cotidiano interno". Sobre a operacionalização da intra e intersetorialidade, "estamos tentando estabelecer fluxos entre Abrigos e Centro-Pop. Vamos identificar a demanda, fazer os primeiros atendimentos, solicitar pernoite para auxiliar na avaliação, e no acolhimento é feito o PAC pelo abrigo". (O que é PAC? Pergunto): "— PAC: ver se a pessoa está minimamente interessada, disposta a alguma coisa. Encaminhamentos para outros serviços, CAPS-ad, escolarização...".

Relata que nos abrigos há uma regra que se a pessoa for desligada, só pode ser abrigada novamente após 03 meses. “Salvo exceções, como uma gestante usuária de drogas. Um mês até ela conseguir ter abertura para falar do uso de crack, perguntar da guarda, se poderia... conversar sobre as situações de risco que ela se coloca. **Resiste a institucionalização, ela não consegue, ela tem que sair... Flexibilizaram. A gente trabalha nessa demanda que chega, que atropela, mas a gente discute os casos com a rede. Com a assistência social sempre, com a saúde mental quando é muito específico e complexo.** Geralmente com o CAPS Hebert de Souza e o CAPS-ad Alameda”. Avalia que com a pandemia, algumas ofertas melhoraram na rede da assistência social, as coisas ficaram mais rápidas, permitindo que trabalhassem melhor com o público. “O primeiro Hotel veio com 70 vagas. Antes a gente não tinha quase nada. Com a pandemia aumentaram as vagas”. Explica que até então contavam exclusivamente com o abrigo Florestan para pessoas mais debilitadas, casos mais complexos, pessoas mais velhas. E com Bispo do Rosário que funcionava mais como casa de passagem, com pessoas com maior possibilidade de porta de saída.

“O que tem me chamado muita atenção é a questão do idoso. Muitos idosos têm essa questão da dependência química, ou a situação de algum diagnóstico específico (de memória). Antes da pandemia era muito difícil uma vaga de ILPI (instituição de longa permanência para idosos). Você tem toda uma legislação específica, estatuto de idoso, os abrigos que temos não recebem, você tem que fazer uma busca ativa específica até verificar se não há nenhuma possibilidade de inserção. **É muito frustrante não ter o que oferecer. Com a pandemia mudou. Pode ter havido um pouco de pressão, suponho. As coisas ficaram muito mais evidentes.** Observei muito mais uma abertura de vagas. Houve até uma atenção da secretaria com esses idosos”. Fala que ficou muito marcada com o caso de um senhor alcoolista, sem suporte familiar, “conseguimos a vaga de ILPI dele. Me marcou porque finalmente consegui resultados. **Tem busca exaustiva que não dá em nada**”.

Ao responder se quer comentar mais alguma situação que teve um desdobramento que considerou de sucesso para a equipe, e alguma que possa ter sido conduzida de modo a comprometer vínculos entre equipe-usuário, retoma as demandas cotidianas do Centro-Pop, geralmente complexas, e dá alguns exemplos. “Essa questão da dependência química a gente vê muito ali, que se arrasta, pessoas jovens inclusive; gera conflitos familiares, desemprego, toda uma situação que leva a pessoa pra rua e faz com que permaneça”. Também há “muitos casos de pessoas que vem pra Niterói fugidas da violência territorial da milícia, do tráfico. Violência doméstica, que é uma outra coisa. Outro fluxo, outra rede (para fazerem contato)... É frequente casos de pessoas que vem para o Rio atrás de centros de recuperação (de drogas), não dá certo e a pessoa sai vulnerável, sem dinheiro”. Lembra um caso específico de um senhor de São Paulo que foi para

Itaboraí, ser internado na Clínica Remar. “Era um senhor que ficava em situação de rua em SP, mas tinha família, as vezes voltava para casa. Quis uma chance, conseguiu apoio de uma igreja que trouxe ele pra cá de carro até Itaboraí. Ele diz que passou uma situação complicada de ser obrigado a fazer muitas tarefas, começou a não gostar, não querer, sofreu violência física, conflito, saiu e foi andando até Niterói e soube do Centro-Pop. A abordagem social (equipe externa do Centro-Pop) trouxe ele. Entraram em contato com a mãe dele, foi muito difícil, a mãe muito desgastada, mas no final aceitou recebê-lo de volta”. Acrescenta que já aconteceram situações de reinserção familiar que **“deram muito errado, mas a gente tem que tentar”**. Tal como o caso de senhora idosa tratando um câncer, e o filho de 40 anos, alcoolista, é expulso de casa por ela. “Ficou desesperado. Tinha pouca experiência de rua. Conversaram com ele inclusive sobre estatuto do idoso. Não deu certo o recambio”. Recâmbio é um recurso da prefeitura ajudar uma pessoa a retornar ao seu município de origem.

Quando pensa sobre espaços de cuidado para si mesma, Oyá é mais econômica nas respostas. Expressa que tem depressão e ansiedade. “Locais de trabalho, a academia (universidade), contribuíram para isso. Tenho espaço de cuidado, mas um que eu banco. Vi muita oferta de serviços na pandemia, muitas iniciativas, até pensei em ver como funcionava, mas pensei ah não, eu já tenho meu esquema de apoio”.

*ATENA: Mulher, branca, 27 anos, psicóloga*

Vínculo: Concursada | Salário base: R\$ 708,92; Remuneração final: R\$ 1925,85, 40h

Atena é psicóloga e trabalha há pouco mais de 01 ano no Centro-Pop. Foi sua primeira opção na escolha de equipamentos, como segunda assinalou o CREAS. “Quando entrei me senti confusa, mas tenho um amigo que trabalha no consultório na rua, então a gente vinha conversando muito sobre o trabalho dele. Mesmo assim quando começa a trabalhar é outra realidade. O trabalho é muito confuso, os fluxos... são muitas coisas. Hoje me sinto mais confortável, mas ainda tenho essas questões. **Parece que a gente não consegue se organizar. Muitas demandas, nos atropelamos**”. Acrescenta que hoje em dia se sente em casa, e gosta de sair para ir trabalhar. Ao descrever seu processo de trabalho, sinaliza: **“a gente faz um pouco de tudo”**, enfatizando também que o momento excepcional que estamos vivendo com a pandemia traz impactos.

Realiza os atendimentos técnicos, que explica ser a única função no serviço que é exclusiva dos técnicos (de nível superior). “Ouvimos as histórias de vida, você não consegue construir um projeto com a pessoa se ela não consegue refletir sobre como chegou ali (na situação de rua)”.

Chama a sua atenção que às vezes as pessoas só querem falar, **“não tinha uma demanda, iam pra falar. Essa necessidade vinha muito de um ‘Nossa ninguém me escuta’”**. Auxilia os usuários a tirar documentação, faz orientação em saúde, educação, **“É muito legal quando eles voltam para estudar, é uma luta conseguir inserir eles de volta no sistema educacional”**. Faz encaminhamentos para o CAPS-ad, CAPS. **“Temos o grupo de redução de danos (via consultório na rua), espaço mais amplo de ofertar atividades culturais, de lazer, parcerias com outros espaços”**. Comenta que participa do Seminário de Álcool e Drogas na UERJ, ação que a fez se deslocar daquele espaço, conhecer outros territórios. **“O uso de drogas é muito presente ali, mas as vezes só olhamos pro uso, estigmatiza, e não resolve a questão porque não olha o que há por trás. Encaminhávamos muito pro CAPS-ad que não dava conta da demanda, e as vezes nem era uma demanda pro CAPS-ad. A gente escuta melhor as pessoas e consegue pensar outras possibilidades”**.

Comenta que pensar as categorias **“transtorno mental”** e **“vulnerabilidade social”** é bastante complexo, e que a questão da loucura é muito ampla. **“Lembro de um caso que a gente viveu, com um usuário que teve um surto, entre aspas. Havia uma psicose grave, e ele teve um comportamento bastante agressivo, violento, falei entre aspas porque foi um questionamento se foi ou não um surto. Em geral vem essa pergunta ‘É um caso de saúde mental?’, pra saber se ele é doido. Se o discurso está desconexo... chama o psicólogo pra atender. Dar o atestado da loucura. E é bem confuso porque a gente não está ali num espaço clínico, mas de alguma maneira a gente precisa manejar essas questões também. Eu vejo que quando a pessoa apresenta um discurso desconexo, fora da realidade, de que realidade estamos falando? Será que a rua produziu aquilo ou foi antes da rua? É difícil distinguir”**. Continua: **“E isso tem a ver com a pobreza. A gente vê toda a vulnerabilidade que a rua vai trazendo, adoece não só o corpo, mas a cabeça também. Violência, solidão. Apesar deles terem muita parceria na rua, vemos grupos, a gente escuta muito sobre a solidão, não poder confiar uns nos outros, sempre um estado de alerta. Isso adoece também”**.

(Como é para você lidar com esse público?): **“— Tem dias que são muito bons. Tem dias que são muito difíceis”**. Nota ao ouvir as histórias dos usuários, que tem coisas que são mais próximas da realidade deles, do que de outras pessoas, tal como a rua se apresentar como possibilidade de moradia. **“A gente fica procurando qual foi o ponto que a vida deles foi pra um lado, e a nossa para outro. Pra que nós sejamos os cuidadores e eles os usuários”**. Diz que tentar acompanhar, construir alguma coisa diferente pra eles é muito difícil, e se sente grata conseguindo fazer isso, **“porque são pessoas que em algum momento as histórias delas levaram para um lugar que não necessariamente elas querem estar. Poder reescrever e fazer coisas diferentes”**. Traz o desafio de traçar os limites do que pode fazer, para não querer mais do que os próprios



usuários. **“Você escuta e acaba determinando o que ele precisa: CAPS, consultório na rua, documento. E a pessoa não faz. ‘Por que você não faz se eu te disse tudo que você precisa...!’.** Quando você diz o que o outro tem que fazer, nunca dá certo”.

Traz como exemplo dessa ponderação ao intervir, um caso que acompanhou, “um menino de 24 anos, fazia uso prejudicial de drogas, tinha família, já até foram lá. Ele não consegue chegar ao CAPS-ad. Encaminhamos pra unidade de acolhimento, para o Hotel agora na pandemia, mas ele não consegue chegar ao CAPS-ad que é o que ele precisa. Uma vez ele foi espancado na rua, **quebrou uma costela e não conseguiu chegar ao Consultório na Rua. Ele não consegue chegar nos espaços de cuidado. Mas ele chega aqui, então talvez seja o espaço de cuidado que ele precisa.** Conseguimos que uma redutora de danos (rede de saúde mental) fosse lá atender ele. Porque não é como se ele não chegasse em lugar nenhum. Ele está apresentando pra gente o que é possível. Ainda orientamos sobre o CAPS-ad, mas trabalhamos o que é possível pra ele”.

Lembra também de um caso emblemático. “O caso de um menino que não queria documentação. ‘Tudo que você precisar, vai ter que ter documentos’. Ele não queria tirar documentos porque tinha o nome do pai e da mãe dele. Primeiro precisamos trabalhar as questões da violência que ele sofreu na família, pra depois ver isso. A importância de ouvir... Chegou a certidão dele, aos 19 anos”. Explica que trabalhar no Centro-Pop, **“não é só encaminhar e resolver a coisa pela via mais rápida,** muitas coisas estão por detrás da história das pessoas”.

Sobre casos que considere mais difíceis de lidar, faz uma reflexão sobre seu trabalho anterior, e coloca em questão o que estamos chamando de dificuldade. **“Depende do que a gente acha que é difícil ou não. Antes de lá eu trabalhava no hospital, e lá eram os poliqueixosos os pacientes difíceis. Só que na verdade eles reclamavam de coisas que não estavam legal pra eles ali. Quando a gente escutava e tentava construir algo com eles, funcionava. Tem pessoas que podem ser mais difíceis, mas o que eles estão dizendo pra gente com essa dificuldade? Eu não sei se eles são mais difíceis ou se eles têm mais dificuldades”.** E elenca o que para ela se coloca com um desafio maior para atuar:

- “Diagnósticos de transtorno mental: eles têm algumas dificuldades e nós também, não daremos conta ali sozinhos, é pensar em alternativas”.

- “Jovens que fazem uso prejudicial de drogas trazem outros desafios e dificuldades pra equipe. **De entender esse uso de maneira mais ampla, contextualizada, e não moralista.”**

- “Casos de violência em geral. **Todos apresentam alguma história com violência. Mas chama atenção as mulheres.** É muito comum. Teve uma menina de 18 anos, apareceu com a cabeça inchada, roxa, o namorado tacou na parede. Não quis ir para o hospital. O tempo todo ela se responsabilizava do porquê ele fez aquilo, ‘beije outro’. O machismo faz com que a gente se culpe

pelas violências que sofremos. Tem algo a mais, porque **é tanta violência na rua, que acaba sendo naturalizado**. Então tem algo a mais ali. **Elas encontram segurança nesses parceiros pra não sofrerem outras violências. Como não interferir nisso violentando-as também: ‘Como assim você está com ele?’**. **É muito difícil ver uma mulher ser agredida. E a gente acompanha o companheiro também, e aí? A maioria das técnicas são mulheres, ouvindo essas mulheres e atendendo seus agressores”**.

As discussões na equipe sobre manejo de casos que os técnicos encontrem maior dificuldade, para ela não são frequentes. “Mais ou menos. **Vejo que a gente encontra muitas parcerias, mas pensando na equipe numa maneira ampla vejo que tem conflitos, alguns casos não conseguem discutir, outros deixamos orientações no prontuário e as pessoas fazem outra coisa**. Quase não temos reunião de equipe. Um espaço coletivo pra sentar e discutir casos que temos dificuldade faria diferença. **Os casos que temos mais dificuldade geralmente são os que estão diariamente ali. Se não temos um entendimento comum é complicado”**. Cita como exemplo a situação de um rapaz que havia sido desligado do abrigo, haveria um prazo e um processo de acompanhamento para um novo acolhimento. “Buscamos seguir um pouco as regras, mesmo que sejam duras, é importante as vezes”. Conta que o rapaz apareceu com uma namorada que estava grávida e a equipe do dia enviou ambos para um acolhimento de casal, em pouco tempo ele teve problemas na instituição. “A equipe queimou todas as possibilidades de acolhimento para ele. Não deu tempo dele refletir. **Se a gente não discute, lê as anotações, não reconhece a referência, prejudicamos o usuário”**. Ela conta que é comum circular entre os usuários falas tais como “o plantão do dia tal está muito ruim”, “dia tal não se consegue nada aqui”. E percebe que “uns vão sendo identificados como técnicos ruins ou bons, quando na verdade não se trata disso”.

Sua percepção a respeito da problemática racial a acompanha no cotidiano e nas reflexões sobre seu lugar enquanto técnica na assistência social: “**Olha, a gente tem uma maioria de usuários que são negros. Importante refletir que a maioria da equipe é branca e os usuários negros. O que faz com que a gente esteja nesse lugar de ter concluído nossos estudos, estar nesses espaços de saber e poder, e a maioria das pessoas ali naquela situação não?** Ainda que a gente tenha muita empatia, e discuta muito a história de cada um. Ainda que a gente tente se desconstruir, tem uma dimensão da vida dessas pessoas que nunca vamos ter acesso”. Continua: “Entendo o racismo como uma questão mais ampla, de cuidados. Tinha uma menina que reclamava que não tinha creme pro cabelo dela, a gente dá só sabonete pra tomar banho. Ela ia pra rua despenteada. O quanto foi importante comprar creme e colocar no potinho pra todo mundo. Fez muita diferença. Ela faz penteados e mostra”.

Atena observa ainda que não sabe se os usuários negros têm dimensão da questão racial ali colocada. “Eles têm na medida em que vivem, mas nem todos fazem essa ligação. Muitas vezes acham que passam essas violências pelo fato de estarem na rua, e não pela cor. O Niterói Presente (guarda policial), por exemplo, a gente vê que os usuários negros são muito mais parados do que os brancos. A gente escuta os incômodos, mas não escuta essa vinculação com a cor. As pessoas brancas recebem muito mais doações do que as negras. Não é um dado, mas escutamos os relatos. **Os negros que vendem doces falam como é difícil abordar as pessoas para vender**”.

Para Atena é bom estar em uma equipe interdisciplinar. “Me sinto muito mais à vontade. Quando entrei ali para trabalhar na assistência social, era uma coisa muito nova. **De alguma maneira as assistentes sociais tinham muito mais conhecimento. Eu sabia o básico.** Mas como eram as regras pra ter acesso a benefícios, não sabia. Aprendi muito. E ainda aprendo. A gente complementa as visões. **Pra além da questão da profissão de cada um, as pessoas têm experiências diferentes** (hospital, saúde mental, consultório na rua – já trabalharam com esse público, na área da saúde). Isso enriquece muito o trabalho”.

A discussão da intersetorialidade é cara para ela. Menciona que além do papel do encaminhamento é importante avisar antes ao serviço, “não faço sempre, mas alguns casos converso, explico. Ligo pro CAPS. Ele vai chegar lá, contar a história dele, mas é importante passar o que me motivou a encaminhar”. Fala do quanto é recorrente os usuários chegarem ao CAPS-ad dizendo que precisam ficar lá como condição para conseguir um abrigo, e que é essencial as equipes conversarem para um entendimento comum. “Vamos aprendendo na prática, no cotidiano, e cada um vai fazendo de uma forma. Para encaminhar para as unidades de acolhimento somos obrigados a discutir os casos antes. E as vezes parece que não temos autonomia, que precisamos de uma autorização pra acolher um caso que já avaliamos”. Avalia que ainda existe pouco diálogo entre os serviços, “deveria ter muito mais. A gente tem muita, muita, muita, muita, dificuldade com a saúde. A saúde já tem a precariedade mesmo das vagas, aí tem a dificuldade dessa população (de rua), que não é atendida porque não tem documentos, comprovante de residência, porque chega sujo... Os espaços da saúde a gente não consegue dialogar muito. **Consultório na rua, por exemplo, não trabalhamos juntos. Não se ocupam de discutir os casos conosco. Acham que a única coisa que a gente faz é acolhimento. Tudo o que chega deles de demanda é acolhimento. O acolhimento na Assistência Social tem uma proposta, não é só o local, é construir outros planos. Não sei se a saúde não consegue ou não quer entender isso. As demandas chegam pra gente como se fossem ordens.** E na contrapartida quando a gente acompanha usuários que têm demanda de saúde, e a gente notifica, a gente não tem essa atenção”.

Traz alguns casos demonstrando essa fragmentação: “Teve um usuário que sofreu queimaduras graves no rosto e nos dois braços, muito grave, fizemos uma verdadeira peregrinação nos hospitais de Niterói e São Gonçalo. Azevedo Lima, todas as Policlínicas, Lourenço de Freitas, uns 08 lugares. E ele não conseguia atendimento, nem pra limpar as feridas dele”. (Os locais falavam o quê? Pergunto): “— Que não era ali. Um conhecido de um conhecido conseguiu um atendimento. ‘Olha, é muito grave, precisa internar ou ele vai perder esse braço’. Deu um encaminhamento pro CPN (Hospital Alberto Tortelli). Mandaram pro Azevedo Lima, de lá mandaram pro Alberto Torres. **No meio disso ele conseguia identificar que estava sofrendo preconceito, e foi desistindo.** ‘Ninguém quer cuidar de mim. Deixa que eu resolvo’. Se o Consultório na Rua estivesse conosco imagino que seria diferente. No fim das contas acionamos o CAPS-ad, ele se vinculou por conta do Cine Praça (trabalho do CAPS-ad no território), e aí fizeram uma mediação com o Consultório na Rua. Conseguimos e fomos na rua procurar ele. Botamos dentro do carro e fomos. Fomos sozinhos no hospital, conversar com o diretor, ‘A gente só sai daqui com uma internação pra esse menino’. Conseguimos, **evadiu depois de um tempo**, e continuou se cuidando pelo Consultório na Rua”. Ressalta que essa insistência da equipe (Centro-Pop) foi produtiva: “Ele está bem, não perdeu o braço. Ele ficou na unidade de acolhimento, que ninguém esperava. **Ele fica do jeito dele, dorme dois dias na rua, volta**, mas de alguma maneira está sustentando ficar ali. Ele entendeu aquele espaço como algo que ele podia contar, porque viu que não desistimos dele. Ele passou a nos procurar com uma postura muito mais afetuosa, trazer as demandas dele. Construímos um vínculo a partir daquilo. **Não é que se tornou fácil ,linear, nunca vai ser fácil. O trabalho é assim: muitas rupturas, muitos recomeços. Entender um pouco do movimento deles**”.

Lida com esses desafios buscando reconhecer que as intervenções no dia a dia, o que tem de positivo, de aproveitamento. “**Às vezes mesmo no caos. É lembrar do porquê a gente está ali**”. Pergunto sobre espaços de autocuidado para ela própria, e a resposta é uma velha conhecida das equipes da saúde mental e trabalhadores do SUAS: “**Faço terapia. Grande parte da minha terapia sou eu falando do meu trabalho. As vezes parece mais uma supervisão.** É um trabalho que gera muitos afetos”. Imagina como seria “um espaço só da equipe, pra lidar com nossos conflitos, questões até bobas. Um espaço coletivo que a gente pudesse se falar, ouvir, pensar não só nos casos, mas em como a gente pudesse se cuidar. Reflexões pra gente individualmente, mas também no trabalho”.

Destaca necessidade de melhorias para seu equipamento: “Olha, a gente precisa ter mais espaços coletivos, discussões de equipe. Cuidar mais do espaço físico. Parece bobo, mas é importante. Não tínhamos auxiliar de limpeza. A gente fazia a limpeza, com tantas pessoas por dia

circulando. Eles limpavam o banheiro deles, o que gerava muitas brigas. ‘Acabei de limpar e você cagou a parede’. A gente limpava o banheiro, a cozinha... São muitas coisas para melhorar. Mas as vezes é tão confuso e **ficamos tão imersos em demandas, papéis, que nem consigo propor o que melhorar**. Nunca vi o resultado dos papéis que preencho... A gente só vê esses resultados quando o Ministério Público cobra”.

Sobre a experiência de trabalhar na pandemia: “Sei nem o que dizer... No início da pandemia eu estava muito preocupada. Tenho um pai idoso, desde o início não o vejo. Mas vejo a importância de estar ali. É cansativo, me traz muitos medos. Eu compro máscaras por minha conta, uso duas, álcool gel o tempo todo. Chego em casa não chego perto da minha mãe. Muitas questões, muitos medos, ao mesmo tempo a importância daquele serviço estar ali. **Se pra mim que tenho casa, salário, família, estou amparada, protegida dentro do possível... O que a gente está ofertando é tão básico, banho e comida, que tem sido importante pra mim trabalhar**. Estaria muito incomodada se estivesse em casa. **Acho que a pandemia trouxe muito mais consequências pra eles. Aumentou as vulnerabilidades, o número de “pop rua” - pessoas que perderam seus trabalhos e suas casas, perderam os trabalhos informais, as doações que recebiam. Aumentou a demanda pra gente, de trabalho. A vida deles foi completamente paralisada. Pessoas que estavam correndo atrás de documentos, projetos, trabalho... Todo o gás e empenho que eles estavam acabou. Sem previsão de retornar. Cresceu o desânimo, ansiedade, alguns perderam a esperança. ‘Fique em casa’, e pra quem não tem casa? Isso me dá mais raiva das pessoas reclamando do isolamento e querendo sair... Eu sinto falta de ir à praia, comer uma pizza, é saudável, mas a gente precisa ter noção dos privilégios que a gente tem”.**

*ÁRTEMIS: Mulher, branca, 29 anos, assistente social*

Vínculo: Concursada | Salário base: R\$ 708,92; Remuneração final: R\$ 1925,85, 40h

Ártemis trabalha como assistente social no Centro-Pop há 01 ano, é concursada. Anteriormente trabalhava na alta complexidade da rede de saúde. “Quando fiz o concurso já sentia uma vontade de trabalhar com “pop rua”, mas tinha insegurança, medo, sabia dos desafios, mas não tinha noção. **O discurso que a gente escutava quando chegou na assistência é que era o local que ninguém queria, então teria vaga com certeza. Que ninguém queria, porque era difícil**”. Na ficha para ingressar na rede de assistência colocou o Centro-Pop como segunda opção, por nunca ter tido experiência. E CRAS como primeira opção. “Quando chegamos todos nos assustamos, muitas demandas, tudo muito corrido, **não era os usuários...** Ficávamos na abordagem

social (equipe de rua) e dentro do equipamento”. Explica que **“para trabalhar lá, tem que gostar da população de rua, pra estar disponível para o encontro com o outro. São pessoas que já são muito negligenciadas. Eles demoram a confiar em você. Há um processo demorado de construção desse acompanhamento”**. E ao mesmo tempo, relata que os processos são corridos, interferindo nessa construção. “A gente vem conseguindo mudar um pouco esse paradigma. Que era muito no imediatismo. **Você atendia, respondia a demanda que ela solicitava - RG, por exemplo, e ficava naquela demanda, sem ouvir a história da pessoa, e outras necessidades. Conseguimos abrir um espaço pras pessoas falarem. Parecia que a gente trabalhava num plantão, numa emergência na assistência. A lógica do trabalho, você é engolido: chega você vai precisar atender. Hoje eu sou uma das loucas que querem ficar no Centro-Pop. A identificação do profissional com a temática conta, porque não é fácil.**”

Descreve seu processo de trabalho dizendo que faz atendimentos, a maior parte são demandas espontâneas, a equipe de abordagem também traz demandas, e há encaminhamentos da rede externa, CAPS-ad Consultório na Rua são os principais. A sociedade civil também ajuda pessoas em situação de rua a chegarem ao Centro-Pop. (As pessoas de fora conhecem o serviço? Pergunto): “— Sim. E os próprios usuários trazem os colegas falando que é um local para tomar banho e se alimentar”. Ártemis diz que embora as questões dos usuários sejam coletivas, é um desafio fazer grupos no serviço, e que acredita que isso tenha a ver com a equipe. **“São mais de 30 atendimentos por dia. Falta de planejamento. É uma mudança na cultura mesmo. Estamos acostumados aos atendimentos individuais. Mas o que estamos ofertando para eles?”**.

Com relação a seu entendimento sobre a pobreza e a questão dos transtornos mentais, afirma que a pobreza “é um conceito mais amplo, pego muito o que estudei na faculdade. Não podemos pensar só na ausência de renda, mas na desigualdade social e econômica que envolve o não acesso a outras questões. Qual o acesso a moradia, educação, trabalho? Ir além do que está ali na hora. É uma pessoa que tem uma história. **Estou tentando atender uma idosa em situação de rua** que tem diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Fomos nos aproximando dela. **Agora na pandemia ela passou a ir ao Centro-Pop lavar roupas e se alimentar**, temos refeições - café, almoço e lanche. Um dia a família chegou procurando, falaram o nome, **fiquei aliviada por estarem procurando por ela. Aí a gente vai ouvir a história, achando que está tudo resolvido: ‘pronto, vai pra casa’**. Percebemos que essa família já tentou diversas vezes essa integração, e ela volta pra rua. Fomos vendo que tem toda uma história, dela não querer ir pra essa família. Um caso muito complexo que a gente precisou se articular, **nenhuma política sozinha vai conseguir**. Entramos em contato com Consultório na Rua, com CAPS, ela é do Ambulatório de Saúde Mental. Quando conseguimos fazer um atendimento mesmo ela disse **‘Eu quero conseguir meu BPC (benefício de**

**prestação continuada) pra alugar meu quarto e viver sozinha’. A gente tem que ouvir ela. E não construir um projeto sozinhos. A gente fica preocupado por ser uma idosa, uma mulher, uma pessoa com transtorno mental exposta na rua”.**

Quando reflete sobre como é lidar com o público que atende, comenta sobre a sensação de estar ali há mais tempo: “Em 01 ano parece que a gente já trabalha lá há muito tempo. Te dá mais experiência, muitas histórias. Me sinto mais segura. **A gente já chega preparado pra acontecer de tudo. É uma população que tem muitos conflitos, inclusive entre eles, como todos nós...** É complicado manter nossa saúde, nos cuidar para não adoecermos. Tem violência física, briga por causa de almoço que não temos o suficiente, ouvimos ameaças. Antes da pandemia eram 20 quentinhas”. (Qual era o critério para ter acesso a alimentação? Pergunto): “— Pessoas que chegavam para o atendimento e ficavam aguardando”. Traz a importância do trabalho em equipe para lidar com esses desafios. “A gente não trabalha sozinho. Tudo compartilhamos em equipe. **Agora na pandemia a orientação é reduzir fluxo né, reduzir aglomeração, mas o que a gente vê é uma demanda muito maior de atendimento, não só pela comida.** Muitas pessoas ficaram sem condições de subsistência e procuram o Centro-Pop para se alimentar. **Temos agora 70 quentinhas e apareceram 150 pessoas no primeiro dia. A gente precisa de outras formas de oferecer para essas pessoas. Política de alimentação... A gente não pode atrelar o atendimento a quentinha. A gente fica numa posição muito chata de decidir quem vai comer e quem não vai. Todos têm fome. É uma demanda muito maior”.** Ouço Ártemis concordando com cada suspiro, pensando na hora do almoço no CAPS-ad. Política de alimentação...

Sobre usuários, situações, que possam ser mais difíceis de lidar — “É difícil essa pergunta, mas existe sim. Alguns trazem um desafio maior. Alguns que se reportam aos técnicos de forma mais agressiva. Não quero rotular os usuários dizendo que os mais agressivos são os usuários de drogas. Mas as vezes a gente percebe que estão sob o efeito de alguma substância. Álcool, são pessoas mais velhas, acima de 30, 40 anos; crack e tiner são as principais, a maioria que usa são jovens. Quando adentram o Centro-Pop sob efeito eles ficam mais agressivos, explosivos. Querem tudo na hora”. (O que eles pedem? Pergunto): “— Comida ou roupa. ‘Tia eu quero comer’. Se não tem eles ficam desapontados. Isso melhorou muito, depois que passaram a conhecer a gente, ter vínculo. Alguns acabam desrespeitando a equipe, mas a gente consegue contextualizar a situação deles. Ver que estão em sofrimento. Chamávamos no outro dia”.

Ela tem observado algo novo com relação ao público que atendem: “**Temos recebido muitos jovens. Quando ouvimos a história vemos que são crianças e adolescentes que já viviam na rua. Já passaram por internações, medidas de privação de liberdade no DEGASE (Departamento Geral de Ações Socioeducativas, também conhecido como prisão para**

adolescentes pobres). Saem, ficam um tempo na rua, são presos. A gente precisa considerar a história desses sujeitos, não colocar o foco na droga. Histórias marcadas por privações, violência. Jovens criados por uma mulher sozinha com vários filhos. Presenciam uso de drogas desde cedo. Presenciam violência doméstica. Mães são agredidas, eles também. São várias histórias. Envolvimento com o tráfico, expulsão do território a partir de conflitos, ou são expulsos pela milícia; têm família, mas não podem voltar”.

Além da dificuldade maior em decorrência de uso de drogas, inclui as questões de transtornos mentais: “Também temos situações com usuários com transtornos mentais mais severos. Um caso de ontem, que ficamos um pouco abaladas, porque as vezes a gente que está no nosso limite: um usuário que chegou ontem no Centro-Pop, não vou afirmar que ele estava em surto, mas estava chorando muito. Falou que foi roubado, e levaram os documentos dele. Tentamos explicar que isso aconteceu há muito tempo. Ele jogou as medicações dele no chão. Quebrou o computador da psicóloga que estava tentando fazer o B.O (boletim de ocorrência). Chamamos o SAMU, demorou 04 horas para chegar. O educador social veio e tentou tranquilizar, deu um abraço. Ele não parou, foi na SASDH (Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos) e ficou lá sentado. Levaram para o HPJ (hospital psiquiátrico), depois de 01h ele voltou. A gente ainda não conseguiu entender se o SAMU levou de fato, se o hospital atendeu. **Ele voltou pior, mais agressivo ainda.** Quebrou os vidros da secretaria. Se jogou entre os carros. É acompanhado pelo CAPS. Sofre de transtorno desde a adolescência. **Ficou internado na época dos manicômios. A família não quer mais.** Tem um difícil manejo mesmo, quebra as coisas. **A Saúde Mental diz que ele não se vincula com a equipe. Mas a gente vê que ele fica ali, vai ao Centro-Pop (o CAPS é próximo ao Centro-Pop). Em Junho ele foi internado. Recebeu alta, procuramos saber antes, pedimos informação. Não deram. Recebeu alta e foi direto pro Centro-Pop**”. (Parece que ele fica onde ele tá sendo atendido, comentário). “Propusemos uma reunião entre os serviços que atendem ele amanhã. **A gente fica muito num limite emocional. Não tem referências, mas eles acabam se referenciando, vão nos dias que você está, perguntam por você**”.

Comenta, a respeito das dificuldades, que percebe pelo dia a dia a crise econômica se agravando, para além da pandemia, “de Janeiro até agora (Julho) foram mais de 400 prontuários novos abertos no serviço”. Se a equipe compartilha dificuldades do dia a dia de trabalho, especialmente sobre essas situações mais complexas, ela diz que é muito difícil. “Tem alguns membros da equipe que a gente consegue dividir os casos. Tem outros que não têm esse desejo. No cotidiano discutimos. Reunião de equipe agora passamos por um momento de transição de coordenação. A gente não conseguia discutir os casos antes. Começamos a fazer. Vai muito da organização dos serviços. **Achamos importante discutir não só internamente, mas com outros**



**serviços. Antes da pandemia tivemos uma reunião com os serviços de acolhimento, são os mesmos usuários. O usuário é do SUAS. A pessoa procura o CRAS e ouve que o lugar dele é no Centro-Pop”.**

Pergunto sobre o que pensa da discussão sobre racismo, e se ela aparece no serviço. “Então, discussão sobre racismo a gente vê muito entre a gente mesmo. **Primeiramente é importante colocar que a população de rua a maior parte é negra. As pesquisas mostram isso, são homens e pretos. Isso já é um dado para nosso serviço. Só que eu acho, eu refletindo, os usuários não reconhecem isso. Existe uma discriminação só por eles estarem na rua. ‘Tia a gente na calçada a pessoa atravessa’.** Será que eles reconhecem que é pela cor da pele? Eles sempre falam pra gente das abordagens da segurança pública, são sempre parados. Mas por que será? **Quando você vai ouvir as histórias você vê como é a questão de acesso. Educação, emprego. A maioria nunca teve acesso a uma carteira assinada. Ah e os atendimentos de saúde, demoram a procurar, vão quando estão no limite, nas emergências, e pedem pra gente acompanhar. Sempre escuto: ‘Tia eu não consegui ser atendido’. Vários locais (de saúde) falam pra eles ‘Procura o Consultório na Rua’. E mesmo a gente acompanhando é difícil”.** Dá o exemplo de um rapaz negro com o braço quebrado que foi ao Consultório na Rua e a médica não estava, foi a uma policlínica com o braço já inchado, roxo, de um atropelamento, e mandaram que ele fosse para o Consultório na Rua. Então no Centro-Pop o ajudaram a chegar até o Azevedo Lima. Traz outro caso, de uma mulher trans e negra, com a perna infeccionada, “cheia de bichinhos”. “Ficamos o dia todo procurando atendimento. Foi uma saga. Ela não conseguiu. Vimos um pernoite no abrigo. Sábado, numa policlínica mais distante ela foi atendida. Aí passam as receitas de medicações, outro problema, não tem como comprar. E não levam isso em consideração. Medicação em falta na policlínica. Tem que pedir ajuda na rua”. Com relação a equipe não vê tratamento diferenciado com os usuários negros, “não existe isso”.

Ártemis faz pontuações contundentes sobre a intersetorialidade nas políticas públicas. “**Não existe intersetorialidade na política de assistência social. Existe uma vontade dos técnicos de ir fazendo. Gostaríamos que existissem espaços de discussão de caso mais institucionalizados. Fica muito ainda o contato individual”.** Se refere ao CAPS-ad, de já ter ido até lá, “mas é muito do profissional fazer a articulação. **Todos oferecem serviços pros usuários, mas ainda é muito fragmentado. A gente não pode falar que encaminhamento é intersetorialidade.** Ontem atendi uma mulher em sofrimento psíquico, que está sem acompanhamento no CAPS. **Comecei a escrever o encaminhamento e pensei ‘não posso fazer assim’.** Tentei ligar para o CAPS, estão em obra, e sem telefone. Aí fui pelo contato pessoal com uma psicóloga que falei de outra vez. Consegui o contato de quem estava no dia e conversei. A gente recebe encaminhamentos dos outros serviços

sem conversa prévia. A CODIM (Coordenadoria de Políticas e Direitos das Mulheres) manda as mulheres pra gente. O CAPS também. **Dizem que trabalham com a intersetorialidade, mas é encher os usuários de papéis.** A gente não sabe se foi atendido, o que ficou definido. Não tem essa troca”. Pergunto se há algum protocolo de encaminhamento instituído na equipe, “sim, o papel, preenche e entrega pro usuário. E ainda vai muito do profissional se vai passar o caso pro profissional que vai receber”.

Ilustra os efeitos dessa desarticulação falando de uma jovem grávida de 18 anos, usuária de crack, “era acompanhada conosco, ela geralmente estava sob efeito, ofertávamos acolhimento por conta da gravidez. No final da gravidez foi levada pra maternidade, evadiu e consideraram que ela abandonou o bebê, que foi entregue pra Vara (judiciário). Sabiam que era uma menina em situação de rua, em nenhum momento fizeram contato com a unidade de acolhimento (abrigo), ou conosco. **Ela procurou a gente pra ter notícias do filho, se foi adotado.** Nossa reflexão: o que buscaram da rede dessa jovem? Pra saber dela, informações da família extensa. Focaram que era usuária de drogas, que abandonou um incapaz. Preta, 18 anos, o pai (da criança) também vivia em situação de rua, e está preso. Temos que repensar os protocolos da saúde. A primeira coisa que fizemos foi mandar um ofício pro hospital pedindo um relatório do que aconteceu. É muito difícil, não chegou o momento dela de se cuidar. **Ofertamos o CAPS-ad, ela não vai. Vai no Centro-Pop para tomar banho,** pergunta pela filha sempre: ‘Tem meu nome na certidão dela?’. **Ela nunca falou que queria dar a filha. É um caso muito complexo, mas o que foi feito antes dela evadir?...** Ela chega lá gritando: ‘Tia será que minha filha foi adotada?’. **A intersetorialidade é muito frágil**”.

Afirma que os pequenos avanços é o que ajuda a estar nesse trabalho. “Uma certidão de nascimento e o usuário começa a pular de alegria. Usuário que chega sem nada. O trabalho começa do acesso a direitos básicos. Maiores dificuldades, estão na própria política de assistência social, e nas outras políticas. **Falei da alimentação, mas a política de trabalho e renda ficamos sem respostas pra eles.** SINE (sistema nacional de emprego) acho que nem tem em Niterói. **Não existe uma rede de trabalho e renda pra encaminhar eles**”. Também vê a dificuldade de moradia em Niterói, e enfatiza como faz há avanços nas questões de uso de drogas quando alguns usuários conseguem acolhimento, no sentido de moradia provisória, “ter um local, é muito complexo...”. Inclui nessa reflexão o quanto é comum a evasão dos abrigos. “O pouco que eles têm eles colocam num saco”. Relata que a autoestima de muitos usuários melhora quando se envolvem com planos de trabalho, ou de estudos. Exemplifica com a participação ativa de alguns em um curso preparatório para o concurso da CLIN (companhia de limpeza de Niterói). “A população de rua tem esse estigma, essa análise moral de que “pop rua” não trabalha, mas você escuta nos atendimentos que a maioria trabalha no informal: vende doce, são catadores, e agora as ruas vazias não têm trabalho...”.

“Às vezes parece que somos doidas de querer fazer um trabalho de qualidade, ir além da demanda. Aí a gente lembra ‘foi isso que eu estudei, isso que meu código de ética diz’. São muitos desafios, mas a gente precisa se apegar em algumas coisas”. Com relação ao cuidado de si própria, me diz: “São as minhas parcerias que me ajudam, companheiras de equipe no dia a dia, vamos compartilhando tudo. Me sinto mais fortalecida hoje porque já fiz terapia antes, por problemas de um trabalho anterior. **Cheguei no Centro-Pop com outra visão: de que não vou conseguir dar conta de tudo. Não é individualmente. Nenhum profissional tem a capacidade de resolver tudo pro usuário**”. Proporia melhorias para seu equipamento, “Até um tempo atrás não tínhamos um profissional de limpeza, agora tem. Condições de estrutura mesmo poderiam ser melhoradas. Conseguimos uma TV pra eles. Condições de trabalho: computadores, estruturas das salas, geralmente sem ventilação. O Centro-Pop é amplo, grande, mas precisa melhorar a limpeza, tem fluxo intenso de pessoas”. A provoco sobre salário, me informa sobre a luta pela aprovação do plano de cargos e salários que existe há anos. Fala do Fórum de Trabalhadores do SUAS a passos lentos, e que estão agora se sentindo mais à vontade, “começou com a chegada dos servidores”.

A respeito de estar trabalhando durante a pandemia, lembra que no início tinham receio, medo, e que foram conseguindo com o tempo. “Situação de rua... você não tem nem água pra beber, e aí lavar as mãos? Eles respeitam a questão do distanciamento quando vão falar com a gente. **Não reduzimos nossa carga horária. Só aumentou. É o único local que eles vão conseguir ter acesso a se higienizar. E no geral em todos os equipamentos uma procura muito maior na Assistência. Desconsideram os trabalhadores da assistência. Exaltamos a saúde, mas a assistência continua atuando, sem reconhecimento não só pelas pessoas, mas pelo próprio governo**”.

*HÉSTIA: Mulher, parda-indígena, 47 anos, psicóloga*

Vínculo: Concursada | Salário base: R\$ 708,92; Remuneração final: R\$ 1925,85, 40h

Héstia trabalhou como psicóloga contratada por 03 anos no Centro-Pop e está há 04 meses no CREAS, concursada. Sobre seu processo de trabalho, explica que está aprendendo muita coisa, e que chegou praticamente junto com a pandemia. Assim, tem sido raro fazer “atendimentos mais diretos” no equipamento; tem realizado algumas visitas domiciliares, as quais vai junto com uma assistente social. “Cada caso é um caso bem diferente. Estou sendo bem atendida pelos usuários, as pessoas atendem com educação, não tive nenhum problema. Fazemos relatórios para mandar, o MP (ministério público) fica em cima, tem coisas que estou aprendendo”. Cita o caso de uma mãe com

um filho temporão, com um quadro de Alzheimer se agravando, o irmão se queixa de que o outro filho não dá assistência, e que ao mesmo tempo se aproveita da pensão. Comparando com o trabalho anterior, sente que tem tempo de pensar mais sobre as situações, **“no Centro-Pop é tudo ao vivo”**.

Conversamos sobre seu entendimento das categorias “transtorno mental”, “loucura”, e “vulnerabilidade social” (“ou pobreza”). Imediatamente pensa em sua experiência no Centro-Pop, e menciona um caso no qual o serviço busca a reinserção familiar, mas a moradora em situação de rua não quer ir para tal família. **“Para mim muitos daqueles que estão na rua tem um transtorno mental, você não está na rua atoa. A rua entra na pessoa, acostuma. Questão familiar também, a família não tem esse olhar pra pessoa e não ajuda. Não tem tratamento devido. Tem muitos que são até organizados, conseguem tomar a medicação e sair daquela situação... Tem situações de misturar drogas com medicação, às vezes piora o caso. Muitos deles pedem ajuda pra gente. Chegam chorando. Recebi pessoas pedindo internação mesmo. No CREAS não peguei casos de pessoas com transtorno psicológico”**.

Faz uma observação sobre sua percepção mudar ao se afastar do trabalho anterior: **“Quando eu estava lá eu não sentia tanto esse peso, fazia meu trabalho numa boa, saia de lá bem. Hoje em dia eu passo lá e é muito pesado. São os mesmos ainda, alguns, ainda não saíram da rua. E vai aparecendo outros”**. Ainda conversando sobre pobreza, pergunto se outras classes sociais vão parar na assistência social, ela relata que no CREAS também trabalha com a classe média alta. **“Pessoas de Icarai e outros bairros. É muito triste, uns podem outros não podem, falta de trabalho, de conhecimento, pessoa que não têm oportunidades, outras você vê que não correm atrás, dificuldade da pessoa de melhorar. Hoje em dia você não pode ficar esperando, tem que correr atrás. Você observa que alguns se acostumam com aquela situação, sei que é chato falar isso, mas não se mexem pra melhorar aquela situação. Falta de informação de muitos”**.

(Como é para você lidar com esse público? Pergunto): **“— Pra mim é um aprendizado. Cada caso é um caso, você vai filtrando, um caso ajuda outros casos porque você adquire experiência. Pra mim compensa, estou aprendendo muito. Cada relatório é muito diferente do outro. Problemas de família, vulnerabilidades de idosos; tanto pra classe alta quanto baixa – falta de carinho, de respeito, de empatia tem para todos os lados, as vezes as pessoas menos favorecidas têm mais cuidado que outros. Pedem porque não tem condição de dar uma vida melhor, pedem um abrigo. Filho rico, tem tudo e não quer ficar com a pessoa”**.

Se considera que existam casos mais difíceis de lidar do que outros responde que sim. **“Tem gente que é muito arrogante, quer mostrar que sabe, que é melhor, te olha com o olhar assim de sou**

melhor do que você. Mas aí a gente vai conversando na educação, ponderando. Fui atender uma pessoa e não pude subir, era um pedido do MP (ministério público), ele desceu dizendo que ‘era isso e que era aquilo’, mas depois ficou tranquilo”. (Onde era o endereço? Pergunto imaginando que era Icaraí): “— No Centro de Niterói. Depois ele foi bem-educado”. Acrescenta sobre os casos difíceis a questão da saúde mental: “Ainda não atendi pessoas com transtorno mental. Tem gente que já gosta de atender mais idosos, **a gente não pode escolher, né?** Eu não sei como seria uma família toda com questões psiquiátricas. Leio relatórios antigos e vejo a dificuldade”.

Para Héstia sua equipe no CREAS acolhe as dificuldades dos técnicos com os casos. Enfatiza que as reuniões têm sido online. Na questão da equipe discutir sobre relações raciais, e se percebe diferenças de tratamento entre pessoas brancas e negras nas intervenções, me diz “não a gente não tem isso não, essa diferença não”. (Vocês estão ligados nessa discussão ou não aparece muito? Insisto): “— Estamos ligados sim, mas dentro do setor a gente não tem esse problema”. Acrescenta: “Eu já tive esse problema fora, na faculdade”. Pergunto, no impulso, se ela é negra. “Eu sou parda... indígena...”, responde rindo.

Héstia gosta de atuar junto de uma equipe interdisciplinar. “Já trabalhei assim em hospital, eu gosto, aprendo bastante. Na assistência social então, é muito necessário. Eu não tinha experiência nessa área, antes trabalhava na saúde”. No que diz respeito a intra e intersetorialidade coloca que o CREAS está sempre disponível para dialogar e ajudar outros equipamentos dentro da assistência social. E que mantém articulação com a saúde. “**Acho que nosso trabalho é muito bacana. A gente se envolve muito. Escuto falarem que trabalho na prefeitura não vale nada, que ‘não estão nem aí’, mas os casos que chegam pra gente já ligamos procurando no que ajudar**”. Pergunto se existe algum equipamento dentro da própria rede, ou fora, que tenham mais dificuldade de lidar. “Nunca tive problema, quando preciso da saúde, nunca tive problema de conseguir um atendimento, uma internação”. O protocolo de encaminhamentos é fazê-los por escrito.

Intervenção que veja como potente, que teve especial relevância para ela e/ou para a equipe, me explica que está há pouco tempo para colher esse tipo de resultado. “Tenho feito as visitas, mas não tenho o que falar. Só acompanho, faço relatório”. Assim como não tem para relatar alguma situação que decorreu em rompimento ou esgarçamento de vínculo. A única dificuldade que enxerga no trabalho nesse momento é a pandemia. “Moro no Rio, trabalho em Niterói. Tem a locomoção”.

Héstia fazia terapia há um tempo atrás. “Estou parada, não estou fazendo. Estou até pensando em voltar. Mas não tem a ver com trabalho. É mais cansaço, minha mãe tem *Parkinson*”. Para melhorias em seu equipamento gostaria que houvesse capacitações técnicas, “para entender mais questões de INSS, determinadas funções, auxílios, essas coisas”. Como não fala mais nada

sobre isso, me meto perguntando se está satisfeita com seu salário. “Não”. Risos de ambas. **“Trabalhei no Rio, era um pouco melhor, mas também não estavam pagando...”**. Diz também que mesmo há pouco tempo no CREAS, gosta das reuniões, da troca com as colegas, e que a coordenadora passa todas as informações. Lembra que o Judiciário está trabalhando remoto e exige do CREAS trabalho presencial, “a gente que sai pra fazer as visitas domiciliares, eles cobram muito”.

*OXUM: Mulher, negra, 31 anos, psicóloga*

Vínculo: Concursada | Salário base: R\$ 708,92; Remuneração final: R\$ 1925,85, 40h

Oxum trabalhou como psicóloga contratada no CRAS por 02 anos. Há 02 meses está no CREAS, concursada, tendo chegado no período da pandemia. “Até conhecer a equipe toda, até me ambientar do trabalho foi a sensação de estar perdida num tiroteio. Mas como já tinha experiência na assistência social fiquei menos perdida do que no início, quando tinha pouco tempo de formada. Em relação ao trabalho propriamente dito, não tive dificuldade. Só as mudanças, mais burocráticas”.

Conta de seu recente processo de trabalho, estruturado a partir dos atravessamentos da pandemia: “Nesse momento não estamos tendo tantos atendimentos presenciais, foram suspensos, só os casos mais graves. Ligamos para as famílias, tenho uma quantidade de famílias em acompanhamento. Entro em contato para saber como está a situação. Tem casos que são encaminhados pelo MP (ministério público) - geralmente pela procuradoria do idoso - solicitam visitas, quando tem contato telefônico ligamos antes (para as pessoas) para fazer o agendamento. São feitas visitas e relatórios para o MP”. Ela fala da demanda espontânea, que continua nos equipamentos da assistência social, “recebemos a demanda das pessoas que chegam buscando informações. Na pandemia **chegam buscando informações que seriam do CRAS, como o usuário não tem essa diferenciação, e como nossa porta é a primeira, ao lado do CRAS, eles vêm aqui primeiro. Na maioria das vezes é sobre benefício emergencial. Raras vezes aconteceu de ser uma solicitação para CREAS, que é um atendimento especializado para quando já há violação de direito. No início vinha muita gente de outros municípios, vindo pelo auxílio emergencial que era para Niterói. Também aumentaram os casos de encaminhamento de idosos**”.

Pergunto sobre o que ela considera que seja “transtorno mental” (ou “loucura”) e “vulnerabilidade social” (“ou pobreza”), diz que “na teoria é um conjunto de sintomas que estão ali

acontecendo e precisam ter esse diagnóstico. Na prática por não terem um entendimento, por terem um comportamento que escapa ao padrão, acabam sendo referenciados como “é louco”. **Às vezes a pessoa tem algum transtorno ansioso, depressão, e acaba sendo considerado como loucura. Mas também tem os casos que são...** Aí acontece uma coisa que é curiosa, tem muito uma negação da família, **por todo o imaginário de loucura, como uma pessoa que está totalmente fora da realidade - e não é isso, a pessoa tem os seus momentos de surto, mas tem sua parcela de reconhecimento da realidade em que ela vive. E as pessoas acham que é louco não precisa explicar nada, ‘não precisa saber de nada’. E não é assim, a pessoa precisa estar ciente do que está acontecendo**”. Com relação a pobreza afirma que esse é o cotidiano de quem trabalha na assistência social, “pessoas que não têm acesso aos seus direitos, não têm conhecimento do que seria possível a eles, por onde começar para ter algum tipo de ajuda. Não necessariamente a vulnerabilidade está associada a pobreza. Tem muitos casos que acompanhamos que estão vulneráveis e não está associado”.

Pergunto a Oxum como é para lidar com o público o qual atende: “— **Pessoalmente eu gosto muito de sentir que meu trabalho está de fato impactando na vida da pessoa na prática.** Claro que de qualquer maneira o trabalho do *psi* terá impacto, mas às vezes dependendo da área você não sente tão concretamente. Ver uma família sair da vulnerabilidade, quando nem sabia que tinha direitos. Tirar uma criança de uma situação de abandono. Sentir que está fazendo a diferença”. A respeito dos casos que considera mais delicados de lidar, assinala alguns:

- “Os mais difíceis normalmente são aqueles que não procuraram o serviço – que teve alguma denúncia, ou outra pessoa procurou, teve um processo da justiça. **Às vezes a pessoa não sabe que está vivendo uma situação de violação**”.

- “**Ou a pessoa é a autora da violência. É difícil criar uma vinculação para começar esses atendimentos**”.

- “**Casos de pessoas que não vivenciam a pobreza e acham que a assistência social é só para quem é pobre. Nas áreas nobres de Niterói, recebemos uns olhares estranhos, ‘o que esse pessoal de assistência social está fazendo aqui’, como se não fizesse parte do contexto deles. Não aderem ao acompanhamento**”.

- Reforça que trabalham com pessoas que cometem violações: “**Trabalhamos com todo aquele núcleo familiar. Temos contato com os autores da violação**”.

As trocas entre a equipe, para lidar com essas e outras dificuldade, para ela são frequentes. “Nesse pouco tempo que estou aqui vejo que sempre conversamos. Mesmo que cada um seja técnico de referência de determinados casos. **Não é um acompanhamento solitário**”. A respeito de reflexões sobre racismo, da maneira que as pessoas são tratadas no serviço considerando o

atravessamento da raça, explica que no equipamento as pessoas são todas tratadas com respeito. Mas que percebe uma diferença com relação aos encaminhamentos do sistema de garantia de direitos, principalmente o judiciário. Para ela, ficam palpáveis as diferenças na maneira de solicitar intervenções em cada situação: **“Quando surge a tutela de uma situação, já sei que a família é negra”**. Explica que os termos mudam quando a família é branca, ainda que haja a suspeita de alguma violação acontecendo: **“possivelmente uma situação de abandono”**, **“verificar se está havendo alguma negligência com o idoso”**. Acrescenta: **“É uma questão já do sistema. Precisamos tirar essa ideia de que a família pobre, negra, precisará o tempo todo do Estado tutelando. Trabalhamos pela autonomia”**.

Oxum vê como essencial fazer parte de uma equipe interdisciplinar, **“é bom a gente ter outras maneiras de pensar. O caso quando ele chega ele tem uma multiplicidade de informações. E se eu ficar só no meu olhar psicológico, não vai dar conta daquela situação. É muito bom que possa trocar com profissionais de outras áreas. Nos acompanhamentos que precisam de visita, e mesmo nos atendimentos que fazemos entra uma *psi* e uma assistente social. Muitas vezes mesmo tendo o mesmo ponto de vista, temos olhares diferentes. Acabo tendo um olhar clínico pra situação que não vai ajudar tanto em fechar o diagnóstico social. O tempo todo o exercício de desconstrução pra não cair no caminho que acaba sendo mais fácil”**. (O caminho mais fácil seria o quê? Pergunto): **“— O olhar clínico da psicologia”**.

Sobre a intersetorialidade, afirma que tentam fazer um trabalho em rede, **“chega um caso novo a gente vai pesquisar quem é a referência de médico de família, território. Muitas vezes recebemos casos que chegam pela saúde, pelas escolas. Existe essa troca. E fazemos o acompanhamento em conjunto, quando é um caso que mobiliza muitos equipamentos. Tentamos fazer as reuniões de acompanhamento. Isso acontece diariamente”**. Se refere aos ofícios como protocolo de encaminhamento: **“todo o procedimento burocrático - livro de ofício, número. Com a pandemia diminuiu, a gente encaminha por e-mail, ou entra em contato por telefone. Mas mantém o registro”**.

Traz um exemplo emblemático de intervenção que considera que teve especial relevância: **“Estou há pouco tempo, mas tem um caso dessa semana que passou, que foi o primeiro que recebi logo que cheguei. Dois irmãos estavam em acolhimento (abrigo), porque quem tinha a guarda, uma tia, faleceu e aí eles foram acolhidos. A instituição de acolhimento, no Rio, procurou a gente. A referência de território dos irmãos era de Niterói. Fui fazer uma busca da família, encontramos uma irmã que tinha interesse na guarda. Fui ver a dinâmica da irmã, acompanhei a ansiedade dos irmãos de resolver isso logo, foram acolhidos e logo veio a pandemia! Após a nossa visita, relatório das instituições, eles puderam vir pra essa irmã. Saiu o resultado da audiência semana passada e eles**



puderam vir pra irmã. Ela ligou pra gente pra contar que estava com eles. Primeiro caso e conseguir uma resolução boa, positiva”.

(Eles foram parar no abrigo por que a mãe morreu? Pergunto): “— Foi uma situação que poderia ter sido resolvida se tivesse tido uma conversa familiar. E trouxe sofrimento pra essas crianças que ficaram 03 meses em uma instituição. Quando a mãe faleceu, essa tia ficou com a guarda. A tia tinha uma companheira que não tinha o contato da família, talvez por desinteresse, não queria ficar com eles, não tinha vinculação afetiva, e entregou à justiça. Pelo menos não deixou em abandono”. Não traz situações com desdobramentos danosos aos usuários: “Dos casos que acompanho não teve nenhuma situação que eu me recorde, nem relato de colegas”.

As maiores dificuldades que enfrenta na realização do trabalho, nesse momento se referem a pandemia. “A gente fica muito preso de ações. Não tem o atendimento, ligar e pedir pra pessoa vir, o que facilitaria. **Pelo telefone a pessoa está perto da outra e não pode falar certas coisas. As visitas, eu tenho muitos casos que são denúncias do disque 100, sem muitos detalhes, só o endereço, sem o contato do usuário. Aí você chega de surpresa na casa das pessoas, duas pessoas indo na casa dele** (geralmente assistente social e psicóloga); tem muitos casos de idosos, é uma exposição deles e nossa”. Cita também a falta de entendimento do Judiciário sobre a assistência social: “**no geral um não entendimento da justiça, que manda encaminhamentos que não seriam para nós, seria para CRAS e temos que responder oficialmente, cria uma burocracia. Tem alguns casos que é muito como se quisessem da gente uma função investigativa que não é nosso papel. Nossa função**”. (É mais delicada a intersetorialidade com a justiça? Pergunto): “— Sim, agora tirou um pouco essa carga, com os encontros online, e-mails, junta outros equipamentos, da saúde. Tira um pouco essa carga tão oficial”.

Conversamos sobre espaços de autocuidado, diz poder contar com seus amigos atuantes nas políticas públicas. “**Não um espaço físico, mas existe um grupo de amigos, nos formamos juntos, e tem as mais variadas situações, a gente se dá muito suporte. Um grupo que se fortalece. Serve para uma ajuda mais técnica, para aliviar a tensão do dia. Na pandemia temos nos falado mais. Brincamos que devia ter um dia de supervisão**”. (Existe supervisão na assistência social? Pergunto): “— Não sei te dizer. Seria interessante. Acontece de maneira natural no dia a dia, mas não instituído”.

Não pensa de imediato em melhorias que facilitariam o trabalho: “não sei, pensando rapidamente assim. Uma coisa que ficou muito na minha cabeça nesse pouco tempo é **o próprio esclarecimento da nossa função, que chegue para o usuário a diferenciação**”. Mesmo sendo diferente trabalhar na pandemia, imagina que em outros tipos de trabalho seria mais complicado. “Trabalhava numa clínica de saúde ocupacional, era um trabalho de avaliação psicológica, teve um

impacto muito maior. Como eu cheguei (no CREAS) e já estava com as modificações todas, eu não passei por esse processo. Já cheguei com as mudanças (máscaras, álcool em gel, visitas mais restritas, atendimentos mais restritos). Mas é sempre um desafio, acho que para todo mundo”.

### **3.3. Análises:**

Inicialmente considerei trabalhar as entrevistas extraindo alguns analisadores, fazendo convergir as colocações dos entrevistados a partir de determinados temas, recortar o material para costurar um plano de análise. Debruçada sobre o processo das transcrições, reencontro a força dessas falas — que pedem maior espaço no texto. Mantenho assim a integralidade das entrevistas, para que os profissionais se façam ouvir, e negrito as passagens que reverberaram com maior intensidade com as hipóteses levantadas na pesquisa. Acrescento aqui algumas linhas de análise, mais na direção de intensificar um campo problemático do que de analisar as colocações dos entrevistados; estes falam muito bem por si próprios.

Em linhas gerais, as entrevistas dos trabalhadores da saúde mental e da assistência social refletem a lida diária com contextos de vulnerabilidades de toda ordem. Situações que exigem além do saber de cada campo de formação, disponibilidade para estar com o outro na radicalidade das diferenças que se apresentem, a reinvenção de práticas de trabalho, a insistência na articulação entre pares, com outros saberes, e para fora dos serviços. Os entrevistados evidenciaram a partir de situações concretas, a eles cotidianas, a complexidade das práticas chamadas de *tecnologias leves do cuidado*, tão sofisticadas em sua operacionalização. Conversar com quem está atualmente na ponta significou ouvir outras perspectivas, encontrar pontos de ressonância com as hipóteses levantadas nessa pesquisa, e testemunhar novamente com quanto do corpo se fazem apostas coletivas nos serviços públicos. Se os entrevistados não representam a totalidade dos trabalhadores sociais e da saúde de Niterói, no que se refere a um posicionamento ético, refletido, a exemplo da psiquiatra apaixonada pelo SUS (não dá para dizer que ela representa sua categoria profissional, sequer os médicos da rede de saúde mental), as entrevistas demonstram que existem profissionais de excelência, equipes possíveis, e que o trabalho desenvolvido é reconhecido por parte da população que acessa esses serviços.

A respeito da escolha dos entrevistados, das 05 pessoas vinculadas à saúde mental, 03 se voluntariaram e 02 fiz diretamente o pedido para que participassem. São profissionais de nível médio (técnica administrativa e técnico de enfermagem), ambos falam pouco, fazem um trabalho essencial e cuidadoso, dando suporte constante para os usuários e para o restante da equipe, sem

fazer muito alarde sobre isso. Na assistência social busquei enfatizar o caráter voluntário da participação, apesar do convite ter chegado, tal como na saúde mental, através da coordenação e isso possa ter lá suas implicações. Salvo essa questão, avalio que a maioria da amostra diz respeito a profissionais que se interessam pela discussão das políticas públicas, fisdados pelo enunciado do convite apresentado aos serviços: pensar suas relações com o público que atendem, e o que os usuários ditos difíceis trazem de questionamentos as práticas profissionais. Guardadas suas singularidades, as entrevistas em geral estão alinhadas com práticas refletidas: falas implicadas, análises críticas do processo de trabalho, preocupação com o público atendido, ponderações a respeito da formação profissional. Caso fosse uma amostra derivada de entrevistas compulsórias aplicadas a todos os profissionais dos serviços, teríamos outro tipo de diálogo — possivelmente captando mais a heterogeneidade e as contradições das equipes de trabalhadores.

Chama a atenção a incidência de profissionais novos nos cargos, alguns recém-chegados, trazendo nas entrevistas interrogações pertinentes aos serviços, bem como um certo acúmulo de experiências, vivenciando a sensação de estarem ali há mais tempo, tamanha a intensidade do campo e os efeitos do cansaço. Entrar em contato com esses corpos é entre tantos afetos, um atestado de solidão da minha atual ocupação além do doutorado, a prática de consultório privado. Tal prática, ainda que possa acessar pessoas heterogêneas, ser arejada pelo diálogo com outros pares do mesmo ofício, é uma lógica radicalmente diferente das instituições públicas — o público que a acessa, a constituição de equipes interdisciplinares, a partilha de dificuldades. Em um serviço de saúde mental ou assistência social, o trabalhador mais embotado, privatizado, quer queira, quer não, será invadido pelos acontecimentos que explodem ao seu redor, e convocado a auxiliar um colega em apuros. Se agora demonstro nostalgia, há não muito tempo costumava dizer para colegas que também se dividiam entre o serviço público e o consultório: “Às vezes é um alívio atender gente que quando acaba a sessão você sabe que tem onde dormir e o que comer”. Estar lado a lado com o que o sistema expelle, tem as suas dores e delícias — nos transformando de muitas maneiras.

Ouçõ esses profissionais trazendo a experiência viva da ponta, cada um falando do próprio lugar — formação, chegada recente ou carreira mais antiga, gênero, cor, equipamento. Do lado de cá, afastada daquele cotidiano que ameaçava me engolir, descansada da batida das demandas infinitas, me ocorre ao final de cada conversa: Não são essas pessoas que tenho que criticar. Olha o trabalho que fazem, apesar do capitalismo, apesar da prefeitura, da gestão e do sucateamento. Ou será que fazem esse trabalho justamente porque há capitalismo, prefeitura, gestão e sucateamento...? Esse é o ponto de tensão nessa pesquisa. Afirmar a potência do encontro entre os usuários (pobres, alguns loucos) e os trabalhadores (alguns pobres, a maioria provavelmente loucos), e ainda assim, avançar pensando qual o engodo desse sistema de produzir miséria-loucura, expelir miséria-loucura,

engolir de novo, expelir mais. A psicóloga do Centro-Pop vai no ponto nevrálgico dessa problemática incômoda, quando se questiona por que é natural que algumas pessoas estejam na condição de rua, precisando de ajuda, e outras pessoas na condição de profissionais, ofertando-a.

Trago para análise a observação de que as entrevistadas da assistência social são concursadas recentes, algumas trabalhavam anteriormente na rede socioassistencial por meio de contrato. Na saúde mental o vínculo dos entrevistados é contrato. O último concurso público da assistência foi em 2018, houve um anteriormente em 2008, e nos intervalos aconteceram processos seletivos simplificados. O último concurso público da rede de saúde mental foi em 2007, os aprovados foram chamados entre 2008-2010. Em 2012, próximo ao prazo de acabar a validade do concurso, enquanto ampliava-se o arsenal de profissionais com o vínculo ilegal de RPA, os aprovados se articularam e conseguiram ingressar na rede através de um mandado de segurança. Desde então houve expectativa de outro concurso, com editais sistematicamente cancelados; a justificativa atual, é a pandemia da Covid-19. Nesse ínterim, após as manifestações dos trabalhadores, com destaque para os vários protestos em 2016, e a pressão do Ministério Público para resolver a questão do vínculo de RPA que supria a maior parte da rede, houve a realização de um processo seletivo simplificado. Pessoas foram demitidas, outras que possivelmente jamais ocupariam os cargos da saúde mental, preenchidos por indicação, foram selecionadas, aumentaram um pouco o salário e a carga horária, e passamos a gozar de alguns direitos, como receber férias e ter um tempo maior de licença maternidade.

Certa vez em nosso grupo de orientação coletiva do doutorado, atravessado por questões de classe não verbalizadas, uma doutoranda se espantou com o texto de uma colega ex-trabalhadora da saúde mental, onde ela registrava o valor do seu salário como RPA no CAPS-ad — R\$ 1.000,00 bruto, para a carga horária de 20h. A colega explicou a importância política de verbalizar valores, não só mencionar “salários baixos” e “ausência de direitos trabalhistas”. O que sempre me escandalizou nesse escalonamento salarial é quanto ganha e quanto trabalha quem não tem nível “Superior”. Uma médica entrevistada, ao se referir as melhorias necessárias em seu equipamento, menciona que além de um vínculo seguro, é preciso que as pessoas tenham uma boa remuneração, para não precisarem acumular empregos, e se dedicarem onde estão. A maioria dos entrevistados não se queixaram do salário, e defendo que isso não aponte para uma satisfação com a remuneração recebida, mas para a institucionalização de condições trabalhistas precárias. Quando toco no assunto com uma psicóloga da assistência social, ela conta que ganhava melhor no Rio, mas que lá não estavam pagando. A cidade do Rio faz processos seletivos para técnicos e coordenações de equipamentos complexos tal como CAPS e RT (Residência Terapêutica), já avisando que os salários atrasam em determinadas épocas, não dias, mas meses. O projeto neoliberal de emprego

mínimo e exploração máxima, pegou toda essa geração de jovens super qualificados (graduação, especialização, residência, mestrado, doutorado) para disputar vagas dessa natureza. Acirra-se a competição entre as categorias, incute-se a premissa de que se tem sorte por ter um trabalho para angariar experiência, quando muitos não recebem tal oportunidade.

Essa naturalização da precarização vai além dos salários, os entrevistados mencionam a necessidade de melhorias estruturais nos equipamentos. É recorrente para trabalhadores da saúde mental e da assistência social não ter água para beber, fazer vaquinhas para comprar itens essenciais que faltam nos serviços, almoçar em locais apertados, com cheiros desagradáveis, ficar sem ventilação, habitar prédios caindo aos pedaços, recebendo reparos eventuais como se fosse um favor pessoal da gestão, ser convocado pelo *whatsapp* a qualquer momento do dia (ou da noite, se for coordenador). As coordenações das equipes não são remuneradas à altura da responsabilidade do cargo, geralmente recebem o mesmo ou um pouco mais do que os técnicos, com uma suposta redução da carga horária — que na prática acaba não se cumprindo. Institui-se que é uma honra receber um cargo de tamanha responsabilidade, a gratificação sendo o prazer com a própria função, e o reconhecimento entre os pares. No lugar fragilizado de um cargo de confiança menor, as coordenações têm pouca força de contestação política em meio ao desmonte sistemático dos serviços.

A materialização das políticas públicas não se cumpre sem condições dignas para que as equipes sustentem a oferta de serviços de qualidade, que não devem depender apenas de sua boa vontade ou de seu desejo. Mas não à toa, principalmente nos espaços onde a Clínica é soberana, pega mal falar muito sobre salário, esse papo de trabalhador. Com a entrada em cena de outros atores no ensino superior, e por conseguinte nas equipes multi/interdisciplinares, o cenário muda e as tensões começam a explodir para descontentamento de figuras de poder acomodadas ao modelo do profissional burguês. No que diz respeito a própria universidade pública, parece insuportável a um certo corpo docente a contaminação do ensino pelas interferências incômodas da necessidade de sobrevivência dos alunos. Em meio a essas tensões, vamos nos habituamos a dar o melhor nas piores condições, ao ponto de nos questionarmos se seríamos bons profissionais — criativos e resilientes — em condições melhores. Isso não é perigoso? Uma das psicólogas entrevistadas, ao dizer que se percebe junto com sua equipe sempre “dando um jeitinho” para trabalhar, questiona se não é uma “limitância” se sentir “foda” por realizar um bom trabalho dentro de tanto sucateamento. Se é importante não paralisar na espera por melhores condições, que podem estar fora das circunstâncias, por outro lado, se habituar a essa lógica é o suprasumo das sociedades disciplinares: docilizar os corpos, aproveitando ao máximo sua servidão e extraindo deles um saber. Atualmente, tal captura se dá sem garantias de estabilidade, na vertiginosa liquidez das sociedades de controle.

“‘Vejo entre meus alunos’, diz Noam Chosky, ‘eles temem não conseguir emprego se se comportarem mal e isso tem um efeito disciplinador’ (Galeano, 2013, p. 172).

Qual o interesse em manter equipes que cuidam da saúde da população doentes? Por que manter pessoas que cuidam da emancipação da pobreza da população, sub-remuneradas? As condições de trabalho nas políticas públicas servem bem a jovens com curso superior que vêm de famílias que podem custeá-los até começarem uma vida autônoma, e perpetuar sua classe. Enquanto para outros, é apenas a continuidade de uma vida de exploração. “O direito ao trabalho já se reduz ao direito de trabalhar pelo que querem te pagar e nas condições que querem te impor. O trabalho é o vício mais inútil. Não há no mundo mercadoria mais barata do que a mão de obra. Enquanto caem os salários e aumentam os horários, o mercado de trabalho vomita gente. Pegue-o ou deixe-o, porque a fila é comprida (Galeano, 2013, p.169). Suponho que, em alguma medida, a natureza do campo de intervenção das políticas públicas abafe as questões do sucateamento das relações de trabalho e da estrutura dos dispositivos. A angústia de estar frente a frente com a reprodução ininterrupta das mazelas sociais — incluo aqui as questões de saúde mental — demanda corpo e espaço nas falas, e práticas, dos trabalhadores.

Nesse sentido, outro ponto que chama a atenção para análise, não como ausência nas falas, mas como algo que transborda nos relatos, é a dinâmica do processo de trabalho nos serviços. Além da complexidade das situações de maior gravidade e suas exigências, a pressão diária por resolutividade toma o espaço das partilhas entre a equipe, do investimento nas relações intra e intersetoriais, do tempo para organização do fluxo das demandas. Uma entrevistada da assistência social, relata se sentir em um dispositivo de emergência, produzindo respostas a demandas imediatas — não necessariamente dos próprios usuários, mas solicitações judiciais e de outras instituições. Uma entrevistada da saúde mental demonstra interesse em fazer um trabalho mais territorial, costurar melhor as relações intersetoriais, mas com 30 casos sob sua responsabilidade, mais as funções diárias, se vê presa dentro de uma sala. Algumas profissionais mencionam a dificuldade de fazer grupos nos serviços, ou de romper um pouco com a lógica de intervenções privadas e ações individuais. Outras insistem com as equipes na necessidade de espaços coletivos de discussão, e de maior uso das supervisões. Na assistência social, não existe o espaço da supervisão instituído, o que poderia ser de grande valia para as equipes.

É de conhecimento dos profissionais que atuam na saúde e na assistência social a ferramenta da *busca-ativa*. Esta foi criada a partir do entendimento de que nem toda demanda é espontânea, logo se faz necessário trabalhar o território para fazer chegar aos equipamentos sujeitos que precisam dos serviços ofertados, mas que por diversos motivos não os acessam: pessoas abaixo da linha da pobreza, crianças em situação de rua, situação de trabalho e exploração sexual infantil, etc.

O objetivo da busca-ativa, com diferenças de manejo na atenção básica, atenção psicossocial e na assistência social, é aproximar os serviços públicos do território, identificar situações de violação e/ou abandono, levar ao conhecimento das pessoas direitos os quais possam desconhecer. Nesta perspectiva, não se restringe a “buscar pessoas”, mas em estar presente nos locais importantes para as comunidades e naqueles relegados a invisibilidade, abrindo diálogo com a sociedade sobre problemas coletivos. Frente ao acúmulo de demandas no dia a dia dos profissionais, a busca-ativa torna-se uma ferramenta burocrática, de fazer visitas domiciliares pontuais (geralmente quando o Ministério Público determina) e campanhas anuais específicas (Semana do Idoso, Outubro Rosa, Dia da Loucura, etc.).

A esse respeito, durante capacitações as quais ministrei tanto na saúde quanto na assistência, escutei profissionais de diferentes serviços levantando algumas questões comuns: • Se mal dão conta das demandas espontâneas, somadas aquelas que chegam ininterruptamente encaminhadas dos juizados, das escolas, dos conselhos tutelares, dos hospitais, para quê e como sair para buscarem mais? • Por que insistir no cuidado de quem sequer deseja se cuidar? • Como adentrar locais onde não são bem-vindos, com os perigos das bocas de fumo, das famílias violentas, dos “mendigos loucos”? Muitos acrescentam que o problema não é a demanda dos usuários em si, mas a quantidade de instrumentos que precisam preencher, a ausência de rede de apoio para articulações essenciais, a rotatividade de profissionais devido a fragilidade dos vínculos. Durante uma capacitação em Itaboraí/RJ, na época da falência do COMPERJ (Complexo Petroquímico do Rio de Janeiro), ouvi de um trabalhador da saúde: “Eles ficam fazendo evento de Humaniza-SUS pra gente, por quê? Quem precisam ser humanizados são esses gestores”. Qual a natureza da sobrecarga dos profissionais das políticas públicas? Conversar sobre processo de trabalho, repactuar fluxos periodicamente, compartilhar responsabilidades, é um modo de coletivizar questões que dizem respeito a toda uma equipe, no lugar de transformá-las, por exemplo, em demanda de análise pessoal, licenças médicas e fofoca de corredor.

Outro ponto, conectado aos efeitos produzidos por ter como matéria de trabalho as mazelas sociais, é a expectativa de melhorar/curar/salvar a vida do outro — uma linha que atravessa vários relatos nas entrevistas, e pode ter diferentes implicações. Defendo a hipótese de que, se não podemos controlar a miséria, os desmandos governamentais e empresariais, a ausência de elementos básicos para a construção de projetos de vida, tais como emprego, saúde, moradia, lazer, investimos tal vontade de controle na relação individual com cada usuário. No correr de nossas intervenções, podemos não perceber esse desejo de salvar o outro dele mesmo, tal como fica escancarado nas ações externas às nossas redes: como os casos citados pelas entrevistadas onde um senhor em situação de rua acaba internado em uma comunidade terapêutica religiosa e violadora dos direitos

humanos, para o bem dele, ou da jovem usuária de drogas que tem sua filha adotada sem que outras providências sejam consideradas para essa decisão, “pelo bem da criança”. É importante que os usuários escapem à nossa bondade. A senhora em situação de rua verbaliza para a equipe na interconsulta entre assistência e saúde mental que gostaria de um benefício para ter seu canto sozinha, desapontando o afã coletivo de que volte a viver com a família. Como pode uma senhorinha com questões de saúde mental viver sozinha, e, no entanto, até agora ela tem investido com sucesso em escapar da família.

Dialogando entre pares, saúde mental e assistência, conversamos certa vez sobre a equipe de abordagem (Centro-Pop) relatar que as pessoas na rua omitem partes de sua história, sendo comum mentirem. E refletimos que a ansiedade da assistência de que todo mundo tem que voltar pra família, pro território de origem, a urgência da saúde de que é necessário se cuidar desse ou daquele modo, nosso moralismo sobre drogas, crimes, abandonos do lar, etc., contribuem para que as pessoas se defendam, se protejam de nós. O que as pessoas menos capturadas pela institucionalização das políticas públicas enxergam quando nos olham? Mantenho na memória a fala de um adolescente em cumprimento de medida socioeducativa para sua técnica de referência em um CREAS, relatada durante um assessoramento técnico: “Tia, por que você está me dando isso tudo? Saúde, escola, futebol... Dá pro meu irmão que ainda é pequeno”. E a resposta de uma adolescente ao discurso de sua agente comunitária de saúde sobre os cuidados com o corpo feminino, relatada em uma capacitação: “Por que eu transo sem camisinha? Vai perguntar pros garotos que andam comigo”. A complexidade dessas colocações geralmente é sobreposta por falas técnicas sobre a importância da saúde, da prevenção, do cuidado. Os usuários vistos como mais problemáticos, colocam problemas importantes às nossas intervenções. A recusa em falar, expressões de deboche, até ações violentas, dizem algo para nossas práticas. Gestos que não se adequam, corpos que não cabem no formato das nossas oficinas, corpos estranhos ao que nossas sensibilidades consideram infância, qualidade de vida, cuidado de si. Nossa linguagem, majoritariamente atravessada pela racionalização, conscientiza, esclarece, ordena. A exemplo das campanhas publicitárias nos serviços públicos: “Use camisinha”, “Fique longe do cigarro”, “Amamente seu filho”, “Respeite a Diversidade”, “Combata a Dengue”.

As entrevistas trazem vários pontos de vista sensíveis, de equipes que contam com profissionais que buscam não atropelar o outro: há uma dimensão da vida dessas pessoas, que por mais que a gente tente entender, não vamos acessar, diz a técnica do Centro-Pop deslocando o conceito de empatia que contamina nossas ações. Profissionais que param para recolher com atenção as histórias que lhes são contadas: às vezes não tem uma demanda, a pessoa só quer falar, diz outra entrevistada. E que dão um passo atrás quando percebem que estão querendo pelo usuário,



quando um projeto de moradia, de família, dá indícios de sufocamento; mesmo tirar uma certidão de nascimento não é protocolar para todos, visto o rapaz que recusava o nome dos pais em sua identidade. O técnico do CAPS-ad me entrega outro olhar sobre um usuário que me cobre de horror pois associo o período que ele esteve conosco, antes de ser preso, com o posterior assassinato da ex-namorada: fizemos tudo o que foi possível enquanto ele esteve aqui, o técnico diz para minha sobreimplicação. Uma psicóloga se pergunta: como ouvir mulheres que sofrem violência, que buscam em parceiros violentos proteção para agressões que podem sofrer na rua, ouvir sem agredilas ainda mais julgando as saídas que dão para a própria vida? A técnica administrativa enxerga o que é para um paciente grave poder estar mais presente no CAPS, do jeito que consegue estar, durante suas crises. E nota que usuários antes taxados de irem ao serviço de saúde por causa das quentinhas, continuam voltando mesmo após aumentar o acesso à alimentação na rua. Ela, além de cuidar de seu cargo administrativo, enxerga as nuances do público que se achega — isso também é acolher. Uma médica se permite ouvir de pacientes, em grupo, que as medicações as quais prescrevia piorava suas vidas. E avalia que mudar é também rever as suas práticas.

A maioria dos entrevistados, demonstram ter incorporado em seu processo de trabalho que quem chega a seu dispositivo é para ser atendido, acolhido, orientado. Que é uma dificuldade que temos com muitos serviços públicos, as barreiras de acesso. As situações que elencam como casos de maior complexidade, aquelas que causam desestabilizações, confusão, desenham os furos do sistema: usuários que as portas se fecham diretamente para eles, ou os convidam sutilmente a evadirem, a situação das gestantes em situação de rua, um Consultório na Rua que aparenta não compreender a lógica de seu público-alvo, a justiça se comportando como chefe da assistência social, sem saber o que é a assistência social, a dificuldade tanto de conseguir vaga, quanto de manter alguém em um abrigo, a culpabilização do técnico que atende situações de violência, quando o caso diz de uma complexidade de serviços falhos. É possível enxergar em diferentes relatos o quanto situações difíceis forçam articulações externas, deslocam o técnico de suas certezas, confrontam a institucionalização colocada. “Se as crianças conseguissem que seus protestos, ou simplesmente suas questões, fossem ouvidos em uma escola maternal, isso seria o bastante para explodir o conjunto do sistema de ensino. Na verdade, esse sistema em que vivemos nada pode suportar: daí sua fragilidade radical em cada ponto, ao mesmo tempo que sua força global de repressão” (Deleuze; Foucault, 2011, p. 72).

Destaco as falas da técnica do Centro-Pop sobre as quentinhas na hora do almoço. Na política de Redução de Danos de alguns países, reduzir danos é também deixar as pessoas comerem. Poder comer e ir embora sem precisar elaborar uma fala, contar uma história triste. Poder comer sem precisar dizer que quer se tratar. Na medida em que cuidar do corpo, fazer uma pausa, se dirigir

a alguém é acesso a saúde. Mas em serviços de quentinhas contadas, de recursos contados, a comida sempre será uma discussão. Quem pode comer e quem não pode. Diante desse constrangimento automatiza-se algumas práticas: quem chegou mais cedo e assinou o nome no livro de registro da entrada do CAPS, pode entrar na fila do almoço. Às vezes trata-se de coerência: pessoas que têm um projeto terapêutico que envolve passar parte do dia no CAPS tem preferência para almoçar. Pessoas em situação de rua precisam comer. Quem vai pontualmente ter uma consulta com o médico ou o técnico de referência, e tem comida em casa, não deveria comer no CAPS. Nessas ocasiões, que o almoço virava uma confusão, e sabíamos que não teria para todos, me perguntava o que fazia alguém que supostamente tem comida em casa, querer almoçar naquele refeitório sem ar do CAPS-ad.

Mas se comida é partilha, convivência, afeto, compulsão, cuidado, saúde, consumo, ou seja o que for que comida signifique pra existência de cada um, como escolhemos quem pode e quem não pode comer? A assistente social que estuda o encarceramento é certa com sua hipótese sobre as decisões institucionais: quanto menos recursos, mais critérios. Escolhemos a partir do projeto terapêutico de cada um, como verbalizamos em voz alta, ou a partir do número de quentinhas que recebemos? Ou escolhemos a partir do medo de que o serviço atraia um monte de gente faminta? Caberia lá dentro? E quanto a nós, cabemos no espaço do CAPS? Quais as condições desse dispositivo? As questões se fecham quando as encerramos em respostas únicas: A comida é para quem se trata aqui e cada técnico pensa o projeto de seu paciente no caso a caso, resposta da saúde mental. Pode comer quem participa das oficinas, resposta do Centro-Pop. Será que outros técnicos, além das entrevistadas, também têm medo de ter mais gente nas oficinas do que comida?

Observo ainda sobre as entrevistas, que a pauta racial é uma discussão que alguns técnicos inauguram com mais firmeza após o encontro com a pós-graduação, ou contam com um colega de equipe para acessá-la. “A Arlete levanta esse tema”, dizem duas pessoas do CAPS-ad. Arlete é uma antropóloga negra, educadora, vinda de São Gonçalo, figura historicamente importante na rede de saúde mental do município. Destoa das equipes que falam baixo e moderadamente, e está sempre aos berros querendo fazer valer o direito de meninos e meninas em situação de rua acessarem a saúde. Quando olho para ela, além de admiração, me pergunto se vale a pena pagar com o corpo o preço de sustentar uma discussão racial há tantos anos em uma rede como a nossa. Apesar da onda antirracista atual, quais seriam as implicações para equipes majoritariamente brancas, no que tange ao corte por “nível superior”, compreenderem que os lugares os quais ocupam simbolicamente, de salvadoras, e o lugar que a população da qual se compadecem ocupa, de carência, têm a ver com um conjunto de privilégios materiais e simbólicos? Como a médica entrevistada, uma profissional essencial para a rede de saúde mental de Niterói, diga-se de

passagem, poderia perceber que os corpos que ajudaram a formá-la são de pessoas negras e não-brancas, anônimos, sem cova, sem velório? Não há diferenciação entre negros e brancos no serviço, todos são tratados com respeito, ela me diz. E o território no entorno do ambulatório? Quem morre nas mãos da polícia, quem é cooptado pelo tráfico de drogas, quem é evadido da escola, quem conta com até R\$ 205,00 do programa bolsa família? Quem nunca vai poder ser um doutor?

Apenas uma entrevistada menciona que as pessoas brancas e negras não são tratadas da mesma forma no mundo. O restante, embora reconhecendo a problemática racial, é categórico em afirmar que nos serviços não existe discriminação. O que tem sido compreendido como discriminação? As discussões sobre a pauta racial, tanto na saúde mental quanto na assistência social, passaram a ter maior espaço recentemente, com a abertura da rede para profissionais de fora, com as mudanças ocorridas no mundo a partir das lutas históricas e atuais dos movimentos negros, indígenas, de mulheres, e comunitários; com as pressões da mídia alternativa, e também a cooptação dessas pautas pela mídia tradicional com seu projeto de representatividade a serviço do capital — a representatividade também é um elo importante no processo de humanização das pessoas negras e não-brancas. Ainda que seja de bom tom alardear qualquer possibilidade de discutir as relações raciais como um avanço, enfatizo que uma máquina colonial não se constitui apenas de senhores de engenho com chicotes em punho, a dinâmica racial é tão violenta quanto invisível, e está pronta para incorporar os discursos antirracistas em voga.

Feitas essas ressalvas, foi interessante incluir na pesquisa questões sobre relações raciais — em um momento histórico que me permite abdicar de justificar a legitimidade das perguntas. E poder ouvir os trabalhadores sociais e da saúde tomando racismo como uma questão no trabalho. Fosse respondendo pontualmente como se não lhes dissesse respeito, ou questionando os lugares que ocupam, e o que a cor de sua pele pode representar para os usuários que acompanham. Se vem ruindo no senso comum a convicção de que racismo é uma ação isolada que uma pessoa perversa faz contra a outra, e entra em cena que enquanto sociedade temos responsabilidade nas produções coletivas, é urgente que esses trabalhadores sociais sejam encorajados a lidarem com percepções que durante anos — tanto na formação, quanto no trabalho — negligenciaram questões que fundam as subjetividades produzidas no Brasil. Entre os entrevistados da saúde mental, duas falaram um pouco mais sobre racismo, e é um analisador que jovens brancas de nível superior possam acessar na teoria, algo que um homem preto de São Gonçalo, provavelmente para poder sobreviver, aprendeu a dizer que não é tão relevante assim. Não estou dizendo com isso que as pessoas brancas devam continuar se omitindo, mas que entendo a construção da fala do técnico de enfermagem sobre “os próprios negros se colocarem nesse lugar de reivindicar menos, de silenciar”.

Ainda nessa esteia, trago os desafios que envolvem a assistência às mulheres nos serviços públicos, algo que apareceu de diferentes maneiras em praticamente todas as falas. A moça que foi transferida de serviço após o episódio da denúncia de violência com sua psicóloga, coincidentemente foi um dos casos que acompanhei no CAPS-ad. Muito grave, porém aparentemente inteira, devastada por dentro e bem cuidada por fora. Usava óculos escuros grandes, tinha uma postura séria, distante, e ao mesmo tempo sedutora. Cobiçada entre os outros pacientes, composta uma maioria por homens, durante um período namorou um rapaz mais novo que eu também acompanhava, usuário de cocaína e crack, e diagnosticado com esquizofrenia. Os relatos das brigas entre ambos eram aterradores, ouvindo a entrevistada desconfortável com seu envolvimento com o caso, recorro das vezes em que me via sinalizando para a paciente que as agressões entre ambos haviam ultrapassado limites, e outras dizendo a ele que um jovem negro puxando uma mulher branca pelo braço na rua, não acabaria bem. Relações de intimidade entre pacientes nos serviços costumam gerar desconforto nos técnicos, como se nós também não nos relacionássemos em nossos espaços de convívio, mas nesse caso não dava para acompanhar os dois de maneira ética.

Ele pediu que eu continuasse com ela, que não podia perder a psicóloga que segundo ele lhe fazia bem. Eu mal conseguia pensar em deixar o caso dele. Mas enfim, quando essa moça estava em seus piores momentos, sumia do tratamento, e me explicou que sentia o olhar escandalizado das pessoas diante de seu emagrecimento, cabelo opaco, rosto encovado. Certa vez, uma técnica de enfermagem alardeou em tom alto e estridente o quanto ela estava diferente. Mulheres são minoria nos serviços para uso de drogas, e pouco mencionam suas questões de uso prejudicial nos serviços de saúde. Pesquisadores apontam que elas são subrepresentadas nos serviços assistenciais e de pesquisa, e que a “dependência de drogas” é subdiagnosticada em mulheres. Nossa preocupação não é o diagnóstico em si, mas o acesso e o direito a um tratamento de qualidade. Os dados sobre sub-diagnóstico, ajudam a visualizar porque muitas mulheres não conseguem se tratar:

O sub-diagnóstico se dá por fatores mais relacionados à esfera moral e social do que propriamente médica, o que pode influenciar negativamente no que tange a procurarem ajuda. O estigma social que as cerca se coloca como forte barreira e influencia na criação de avaliações estereotipadas. O medo da desaprovação social, em muitos casos, as impede de procurar ajuda (...) Ultimamente existe uma preocupação com a mulher relacionada às drogas psicoativas, e muito do que encontramos nas publicações atuais está ligado a modelos

preconceituosos e não comprovados na experiência clínica (ROIG, 1999). É frequente que parceiros usuários de drogas também se apresentam como opositores ao tratamento. A falta de recursos para conseguir o cuidado com os filhos e o medo de que estes lhe sejam tirados também são entraves para o tratamento. (Silva, 1995, p. 56-57)

No CAPS-ad conversamos, em supervisão, sobre ser recorrente uma certa irritação nos relatos de acompanhamento a mulheres, uma impaciência com suas recaídas, um certo julgamento. Homens adultos barbados eram tratados como crianças por algumas técnicas, e quando as pacientes eram mulheres, endurecia-se mais a postura. Não foi uma avaliação quantitativa, cada técnico tem lá seus casos preferidos, mas essa questão tomou corpo na supervisão e rendeu uma discussão interessante sobre o que significa uma equipe majoritariamente feminina cuidando de um público formado principalmente por homens. Nessa ocasião, discutimos como é ser mulher dentro do CAPS-ad, e falamos sobre várias situações de desconforto e assédio que tratávamos como corriqueiras.

Cuidando para não transformar as mulheres em uma categoria, A Mulher, A Vítima, cabe pensar se tem cabido nos serviços outras experiências de ser mulher, além do papel de mãe, responsável, além do lugar do autocuidado. Elas são mais bem acolhidas quando companheiras dos alcoolistas, mães dos usuários de cocaína, cuidadoras. Segundo Silva (1995), a postura das famílias quando é a mulher quem apresenta problemas com drogas, difere de quando são homens e “há maior mobilização no sentido de tratar o problema, mas com as mulheres ocorre a negação e ocultação da situação, permitindo-se até que beba escondido, desde que não apresente “condutas indesejáveis”, sem, contudo, extrapolar os limites da esfera familiar” (Aquino, 1997, apud Silva, 2005, p.55). Essa paciente me dizia que não acreditavam no que ela passava, porque era bem-vestida e não se prostituía, posto que a mulher usuária de cocaína é automaticamente associada a prostituição. Qual a medida de envolvimento? — sua última técnica no CAPS-ad questiona. As pessoas que trabalham escutando/assistindo mulheres que apanham, que são estupradas, que abortam, que sangram, que têm os filhos assassinados pela polícia, as pessoas que estão escutando/assistindo egressos do sistema prisional, famílias com um cômodo na casa, adolescentes considerando suicídio — o que pensam sobre mulher, violência, racismo, homofobia, pobreza...?

Penúltima questão, no que tange a articulação intersetorial, é notável a insistência de todos os equipamentos dos entrevistados em dialogar com outros serviços, seja porque precisam, na medida em que a complexidade dos casos impõe a necessidade de articulação, seja para forçar o acesso a serviços que mantêm excluídos seu público-alvo. Com ou sem pactuação de fluxos, através

do pessoal ou do institucional, se a intersectorialidade é um desafio para as políticas públicas, no dia a dia ela vai se construindo do modo que é possível. Podemos observar a hierarquização de algumas instâncias sobre as outras, a exemplo do judiciário que possui equipe técnica, disponibilidade de carros para visitas, e se dirige a equipe do CREAS como se fosse seu braço investigativo, especialmente na pandemia. Na ocasião que estive na gestão estadual da assistência social, minha superintendente construiu um documento explicitando a função da proteção social especial, dando embasamento para as equipes responderem institucionalmente a enxurrada de ofícios que recebiam do judiciário com ordens a cumprir. Em 2016, tivemos uma nota nacional: *Nota Técnica SNAS/MDS nº 2/2016 - Relação entre o Sistema Único de Assistência Social – SUAS e os órgãos do Sistema de Justiça*, que explicitava ponto a ponto qual a função dos equipamentos da assistência, também nessa direção de respaldar os técnicos:

A visita domiciliar é uma atividade técnico-metodológica que se desenvolve, de forma planejada, na residência da família ou do indivíduo com a participação dos técnicos das equipes de referência dos serviços socioassistenciais, e visa possibilitar a escuta qualificada, a compreensão da dinâmica e história de vida, e o registro e análise de dados e informações sobre o cotidiano da vida familiar. **Deve pautar-se pelo respeito à privacidade da família, tanto no que se refere à receptividade para uma entrevista, quanto à disponibilidade para responder a perguntas específicas, quando for necessário. Não deve ser confundida com apuração de denúncias ou até mesmo com caráter fiscalizatório.** (SNAS/MDS, 2016, p.10)

Percebo, não só nas entrevistas, mas considerando o trânsito por ambulatório, assistência social e CAPS, que a saúde mental parece compreender pouco a complexidade da assistência social, como se a reduzisse a bolsa família e abrigo. A assistência social, por sua vez, costuma enxergar na saúde mental a contenção da loucura, o tratamento de outros sintomas psíquicos, e a possibilidade da abstinência de drogas. É função da assistência social promover acesso a direitos e a serviços, então faz parte das ações dos técnicos auxiliar os usuários a chegarem até a saúde mental. Sinto um respeito dos técnicos da assistência, principalmente do Centro-Pop, ao se referirem as equipes de saúde mental, na expectativa de receberem ajuda com questões que os desconcertam e, em alguns casos, assustam. A encrenca deles é com a Saúde, quando esta bate a porta na cara de seus usuários.

Já a saúde mental, menciona menos os equipamentos da assistência. Interessante a fala da médica refletindo sobre isso, ela diz que não entra em contato com os CRAS, embora fale para o usuário ir até lá, e se dá conta de que isso possa dizer de seu posicionamento na fragilidade da articulação entre ambulatório e assistência social. O ambulatório viveu, segundo a entrevistada, o confronto com a pobreza extrema colocada pela pandemia, e se articulou com o território. Se aproximar da assistência contribuiria com a discussão de resguardar um espaço clínico, cuidando também das demandas de sobrevivência? É de fato uma pergunta, na medida em que não é garantido que a equipe de certo CRAS, de determinado território, durante uma pandemia, vai responder bem a um diálogo, ou acessar suas ferramentas para atuar junto com outro serviço. O caminho é sempre uma aposta, uma aposta que requer insistência.

O desabafo de uma das técnicas entrevistadas, no caso se referindo ao Consultório na Rua, me parece demonstrar o lugar que a assistência social fica diante das outras políticas. Ela descreve a sensação de receber ordens, e explica que a assistência não é só abrigo, e que o abrigo não é um depósito de gente, mas um projeto mais amplo de ampliar possibilidades de vida. Sabemos que entre uma e outra demanda complexa, mazelenta, na pressão de respostas, os serviços se acusam sobre o que cada um deixa a desejar. O desafio de construir uma relação intersetorial, além de considerar a fala certa de uma das entrevistadas, de que encaminhamento não é sinônimo de intersetorialidade, também aponta para abrir mão de achar que sabemos o que o outro deveria desempenhar, a exemplo do judiciário que se transforma em patrão, e desconhece a função de seu suposto funcionário. Uma técnica sinaliza: o usuário é o mesmo, não é desse ou daquele equipamento, todos deveriam se responsabilizar. O que se complementa com a pontuação de outra entrevistada da assistência, de que existem políticas que mal acessamos, como habitação e empregabilidade.

São diversas as questões que cada entrevistado trouxe, e cada ponto é passível de diálogo, aprofundamento. Por último, deixo como interrogação se o autocuidado dessas equipes, lido quase que exclusivamente como a busca por psicoterapia, análise pessoal, teria outras portas de saída. Identifico-me imediatamente com a técnica que desabafa que seu espaço de análise parece uma supervisão, pois fala quase o tempo todo de trabalho. Em um cenário de trabalho marcado por hierarquizações, onde as faltas estruturais recaem individualmente na capacidade de manejo dos técnicos, a clínica psicológica individual é um mercado lucrativo. Ainda mais quando as próprias figuras com maior tempo e poder nesse espaço recolhem seus pupilos para análise pessoal, ou indicam seus colegas. Que outras estratégias de cuidado individual e coletivo são possíveis? O técnico de enfermagem zomba: sou de ficar conversando não, eu tomo meu vinho com os amigos...

No momento de trocar o nome dos entrevistados, conforme orientação das normativas éticas, instigada pelas forças que sinto acionadas nas entrevistas, faço uma brincadeira utilizando arquétipos das mitologias grega e africana. Ciente de que não performamos um único modo no exercício de nossas funções. É provável que ao longo de uma trajetória, um período, um dia, possamos encarnar Eva desobedecendo as normas instituídas e sendo expulsa do paraíso; Mnemosine guardando a memória histórica, burocrática e afetiva dos serviços, ajudando na comunicação entre os homens; Exu fazendo a mediação entre pacientes e divindades técnicas, resguardando os corpos nas encruzilhadas, com a sagacidade da rua; Deméter conhecedora da terra, transmitindo o cultivo da vida, com a maturidade do tempo e apesar das perdas; Pandora arriscando abrir as caixas proibidas, profanando a assepsia dos discursos unilaterais; Oyá guerreira, toda raios e tempestade, guiada por seu senso de justiça; Atena, cultivando silenciosa a sabedoria das estratégias de batalha; Ártemis, caçadora que empunha corajosamente o arco e a flecha; Héstia sabendo negociar com o Estado e as leis; Oxum e seus encantos sutis, ganhando espaço pelas beiradas, intuindo que a água sempre encontra um meio.

### **3.4. “E o pulsa ainda pulsa”:**

Passemos aos entrevistados do ambulatório de saúde mental, com suas narrativas singulares que ecoam a coletividade de histórias comuns aos serviços de saúde e assistência.

**MINEIRA:** *mulher, parda, 57 anos, trabalhadora*

Mineira foi indicada para a entrevista por sua psicóloga de referência, coordenadora do ambulatório de saúde mental. Nas mensagens para combinarmos um dia e horário, se mostrava reticente, explicando que só poderia falar quando o filho não estivesse em casa. Até que em uma ligação telefônica, ela propôs que fosse naquela hora e pudemos conversar.

Mineira chegou ao ambulatório de saúde mental em 2017. Anteriormente fazia tratamento para depressão em Minas Gerais. A primeira coisa que diz sobre sua história é que “foi obrigada a parar de trabalhar porque teve uma pneumonia”. Ela trabalhou por anos em uma cidade turística que se divide entre Minas Gerais e Rio de Janeiro – Maringá. De quinze a dezoito horas por dia, se revezava entre a pousada, o restaurante e a loja de souvenirs do mesmo patrão. Arrumadeira, lavadeira, cozinheira, balconista, gerente, caixa, também era responsável por pagar os músicos do restaurante, e repor mercadorias na loja. Pergunta se já estive em Maringá, “se você reparar, a



mesma pessoa te atende de dia e de noite”. Fala que acumulava essas funções porque achava que dava conta. “Muitos anos da fumaça do fogão a lenha me fez mal”, teve pneumonia por aspersão. “Quando parei de trabalhar fiquei deprimida. Me sinto inútil. Tive pânico. Tive um infarto a 40km de Resende. Isso tudo me deixou em pânico. Cheguei ao ponto de ficar com 12 aparelhos de pressão. **Nunca mais fiquei normal**”.

Como tinha família em Niterói, retornou para o município. “A família do meu pai me odeia, porque sou moreninha e não tenho cabelo liso. Em criança tinha que ir para a casa deles de peruca porque não me aceitavam”. Sua avó colocava a peruca nela. Ao mesmo tempo que volta a infância, me conta que em 1992 sofreu uma perda. “Perdi uma filha e não chorei. Atropelada. Deu pane... Eu arrumei o enterro, tudo, doei os órgãos dela, e quando saí do cemitério lembrei que não avisei as pessoas. Hoje, eu não sei onde ela foi enterrada”. Diz em seguida que esse acúmulo de coisas a levou a depressão. E se refere ao ambulatório de saúde mental, especialmente a um projeto de Bazar desenvolvido com alguns pacientes: “Trabalhar no bazar era o que me fazia sentir útil. Com a pandemia acabou tudo. O dinheiro é simbólico, mas aqueles 30 reais eram tudo! Passar um mês trabalhando, o prazer de conversar com as pessoas. **Era o momento que eu ria**”.

Pergunto sobre sua situação financeira, ela recebe R\$ 91 reais de bolsa família. E recebeu parcelas do auxílio emergencial, que diz terem acabado. Deu entrada no BPC (benefício de prestação continuada) porque necessita sair da casa do filho com quem mora. Ele tem 31 anos, e “tem problemas com bebida”. Nomeia a relação deles de abusiva; suas roupas ficam empilhadas, sem lugar na casa, e ele a chama de “xepeira”. Expressa com tristeza que sempre trabalhou muito para ele, que foi criado em Niterói, com o dinheiro que enviava. Na pandemia a preocupa que o filho frequente churrascos. Conta que não dorme bem a noite, que não tem remédio que a faça relaxar. “Mãe não dorme. Em mim (remédio) faz efeito contrário”.

Volta em sua história da infância: seu pai era “de família portuguesa, conservadora e com herança”, sua mãe era negra. Foi criada pela avó paterna, colocada em um cestinho na porta da avó. Me diz que foi muito bem-**criada**, estudou em boas escolas. Fala em providência divina. “Se não aproveitei ao máximo foi porque não quis. Meu sonho era ser juíza. Matava aula no Liceu para assistir julgamentos no Fórum”.

Mineira fala de sua surpresa com o tratamento ofertado no ambulatório, lembrando que até então embora tratando sua depressão, “não tinha acompanhamento de psicóloga e psiquiatra. Teve um médico cubano muito bom em Minas, no Médico de Família. **Ele era médico, mas tinha uma coisa de quando eu chegava lá mal, ele me olhava e falava assim ‘vamos olhar o rio’, e me estabilizava**. No médico de família aqui soube que tinha o CAPS ali perto. E fui pra lá (ela se refere ao ambulatório). Fiquei muito bem, estava até me achando bonita”.

Pergunto como é seu acompanhamento no ambulatório, ela conta que faz terapia com a psicóloga, é atendida pela psiquiatra, participa da organização do bazar do serviço e faz passeios com o Felipe (acompanhante domiciliar). Peço que me fale um pouco da sua relação com seus técnicos de referência. **“Eu amo. A psiquiatra é ótima. Liga pra gente. Você não vai imaginar alguém do SUS ligando pra saber como você está, como está a medicação. Uma psicóloga ligando pra você toda semana. Quando você não está bem, você é atendido. Eu não vejo isso em outra área do SUS. Estou há 04 anos esperando oftalmologista, e cardiologista. Mas no CAPS (ambulatório) funciona”**. Menciona também a “menina da recepção”, a “tia Lourdes do café”, e o setor de fisioterapia da Policlínica que fica ao lado do ambulatório. Adora a equipe e o entorno. “A enfermeira ali do lado mede minha pressão. Tem umas magrinhas do cabelo enroladinho que me tratam bem”. Em seguida, antes que eu pergunte, fala sobre os outros pacientes, “um conta com o outro. Um ajuda o outro quando está mal”.

Mineira diz que nunca sofreu ou presenciou qualquer situação que considere ter sido racismo, e sobre possíveis diferenças de tratamento entre pessoas brancas e negras diz que crê que todos são tratados da mesma maneira: “Creio que sim. Da mesma maneira. Andrea dava muito trabalho, ficava violenta, **ela tinha umas coisas estranhas, pra gente que não faz, né? Para ela era normal** — invadia o ambulatório, tinha que ser atendida na hora. E é negra. Era tratada com carinho. Hoje está presa por conta de roubo. Estamos muito tristes. Eu sou negra, meus cabelos não negam”.

Pergunto se faz algum outro tipo de acompanhamento, e se quem a acompanha no ambulatório conhece o local. Fala do PMF (atenção básica), e que sim. Nunca foi encaminhada do ambulatório para outro serviço. (Você pode relatar alguma situação vivenciada aqui, que considera ter sido muito importante para a sua vida? Pergunto): “— Pode parecer besteira, mas o que mudou minha forma de ver, ver que dependia de mim.... Foi um passeio no cinema para assistir um desenho, PETS 2, e tinha um pitbull que era muito medroso e perdeu o medo depois, curou ele, aquilo me curou o pânico. Esse filme curou meu pânico. Depois disso até passei na ponte Rio Niterói”. Conta um pouco mais dessa experiência, que foi um passeio do ambulatório, com o acompanhante domiciliar, ao cinema do Plaza. Ela diz que o primeiro passo de coragem foi entrar no shopping, pois tinha pânico absoluto de lugares fechados. Entrar no cinema foi um passo maior ainda: “Eu não entrava em shopping, cinema muito menos. Achava que o teto ia cair em cima de todo mundo, que algo muito ruim ia acontecer, entrar alguém atirando. Não ia ao centro de Niterói. O Felipe disse ‘Katia nós vamos. Se você sentir alguma coisa a gente sai’”.

Sobre a questão de ter vivenciado algo que não tenha lhe feito bem no espaço de tratamento, diz que “não, ali não”. Pergunto se enfrenta dificuldades tendo essas questões psicológicas, e

estando em uma situação financeira delicada. **“Olha, a coisa mais triste pra mim no momento é não ter renda, não poder trabalhar, não conseguir, porque eu já tentei. Tentei na Maria Brasileira, é uma empresa de faxinas, consegui a vaga, tudo, mas na hora eu não consegui. Não tive ânimo pra sair da cama e fazer a faxina. Veio um monte de pensamentos de que na casa alguém podia entrar e me agarrar... Eu faço fuxico, mas não consigo mais pegar na máquina. Não consigo mais fazer o que fazia. Não tenho concentração. Eu amo Maringá, mas existe exploração das pessoas. Em todos os restaurantes, TODOS. Meu patrão tinha loja, restaurante, pousada.... Mas eu era explorada.... Recebia por uma. A noite eu servia 200 rodízios de *fondue*, pagava os músicos, contava o dinheiro do *couvert*. Aguentei por muitos anos: 04 anos com carteira assinada e 12 anos sem nada. Ministério do trabalho não funcionava lá, até hoje não funciona, né? Ali é bom pra quem é turista. Tem a Cantina Don Corleone, é a única que não explora, você tem folgas. Os outros é de domingo a domingo e uma folga.**

Pergunto a Mineira se há outros lugares que ela vai, outras coisas que faz, para ajudar a cuidar da vida, da saúde. “Ia a igreja, na pandemia não estou indo”. Acrescenta: “Faço trabalho junto ao tráfico”. (Você trabalha no tráfico? Pergunto tentando não parecer escandalizada): **“— Sou missionária. Entro em todas as comunidades. Isso me fazia bem. Atrás de cada traficante tem uma história muito feia, mas uns são vagabundos mesmo. Eu ouvia as histórias, ali eu era a psicóloga deles. Vão matar um no morro, me ligavam, eu ia lá pra tirar da favela, para não matarem. Não pode ter envolvimento com eles, ir a festas, tem que ter integridade para trabalhar com eles. Não pode ter fechamento nenhum. Orar, levar a palavra e ponto final. Não receber nada deles para poder ser respeitada por eles”.**

Pergunto se proporia alguma melhoria para o ambulatório. “Estamos precisando de 02 araras para o bazar. Mais espaço, ali é muito pequeno. Mais estrutura. Opções de coisas para fazer além do bazar. Tem o GAM (gestão autônoma da medicação) que diz que é muito bom, mas não posso frequentar. Poderia ter pintura, artesanato. Mais oportunidade para as pessoas que querem fazer alguma coisa. Pergunto se ela já soube de alguma atividade no CRAS onde é cadastrada: “O do Badu não sei, nunca me informei sobre isso. Fiz a bolsa família lá”. Acrescenta que “o Pedro do bazar faz Centro de Convivência (rede de saúde mental), eu não sei o que o centro de convivência faz, o que tem lá. Pedro não dá muitas explicações. É autista, mas é amor. Meu autista predileto”.

Antes de finalizarmos me diz: “A única coisa que eu queria hoje em primeiro lugar é minha saúde de volta. Em segundo lugar, ser útil. Em terceiro lugar, não ter maus pensamentos. Uma vez cheguei na estrada do Rio do Outro sem rumo e me joguei na rua. Um homem me salvou. Eu não sabia o que estava fazendo lá, tipo um surto, um rompante. Ele me puxou ‘O que você vai fazer?’.

O que eu vi quando fiquei bem é que a depressão você só sai quando quer, é um poço sem fundo, mas se você quiser, você tira forças não sabe de onde. **É fé, mas não essa fé doida que está por aí. É você saber que não foi criada para viver assim. Isso que me faz querer viver o amanhã.** Quem quer sair disso acaba saindo”. Mineira me agradece pela conversa, dizendo que fez bem para ela. A agradeço também, pela generosidade em compartilhar sua história.

**THIAGO:** *homem, moreno, 34 anos, desempregado*

A psiquiatra e a psicóloga que conduzem o GAM no ambulatório, levaram o convite para o grupo, perguntando quem gostaria de participar da pesquisa. Me pediram a condição de que fossem 02 pessoas e não 01 como havia solicitado. Thiago se voluntariou. Conversamos pelo telefone.

Thiago, morador do Sapê, está no ambulatório há mais ou menos 08 meses. Chegou encaminhado do CAPS, onde fazia tratamento há 02 anos. “Estava evoluindo melhor e me mandaram pro ambulatório”. Na ocasião de sua chegada ao CAPS, conta que estava muito mal. Com relação ao encaminhamento e novo acompanhamento se sente bem, da mesma forma, “mudou nada não”. Pergunto como é seu tratamento, menciona primeiro o grupo GAM, explicando que lá “falam sobre medicamentos, as contraindicações que têm, e os efeitos colaterais”; depois diz que faz atendimentos com a médica. Anteriormente tinha uma psicóloga, ela saiu do ambulatório há um tempo, e ele acha que não terá outra no lugar. Vai ao ambulatório toda quarta-feira.

Sua relação com o serviço é “boa” — “É bom que a gente pode interagir com as pessoas”. (Você se sente à vontade com a médica? Pergunto): “— Sim”. Ao responder sobre sua relação com o restante da equipe cita o acompanhante domiciliar, “tenho contato com o Filipe, teve um passeio, lá tem passeios também”. Me explica que não tem contato com outros usuários do ambulatório, “só durante o GAM mesmo”.

Pergunto se já passou ou presenciou alguma situação de racismo dentro do serviço, diz que não. Pergunto se acha que as pessoas negras e brancas sejam tratadas da mesma forma lá, diz que sim. Então pergunto, com o tato que se é possível pelo telefone, a sua cor: “Sou moreno”.

Quanto a outros serviços que utiliza além da saúde mental, recorre a emergência do hospital Mário Monteiro quando há necessidade. Os lugares pelos quais circula são o Largo da Batalha, onde fica o ambulatório, e o Centro de Niterói. Pergunto se já foi encaminhado para outro serviço através do ambulatório, “me indicaram mais o passeio mesmo pra ir”.

(Você pode dar um exemplo de alguma situação vivenciada aqui, que considera ter sido muito importante para a sua vida?): “— No momento não”. E sobre alguma situação na qual se sentiu mal, desrespeitado, diz que “não. Nada”.

Indago sobre quais as dificuldades que ele passa fazendo um tratamento para questões de saúde mental e vivendo uma situação financeira precária. (No convite para as entrevistas explicitava-se que seriam entrevistadas pessoas com questões de saúde mental e em situação de pobreza). “Estou desempregado tem um tempo, e sem renda. Tinha uma moto, vendi e estava com esse recurso, que está acabando”. Anteriormente trabalhava como vigilante.

Pergunto o que o levou aos tratamentos da saúde mental. “Tive foi um... tive depressão e síndrome do pânico. Eu guardo muitas coisas, não sou de me abrir, e sou meio tímido também. Quando eu ‘coisei’ foi uma vez só. Sabia que tinha o CAPS porque meu tio frequenta há muito tempo”. Pergunto como se sente hoje em dia sobre isso. “Me sinto melhor. **Acho que tem muito preconceito. Vou ser sincero que eu também tinha preconceito antes. Agrava porque quase não tem a medicação pra distribuir. A gente tem que comprar**”.

(Quais as outras coisas que você faz, ou outros lugares aonde vai, para cuidar da sua vida? Pergunto): “— **Estou desempregado e parado.** Minha mãe compra medicação quando falta. **Vou a igreja**”.

Sobre melhorias para o ambulatório, fica reticente: “No momento agora, não sei. Deixa eu pensar um pouquinho... Ela (psiquiatra que o acompanha) até falou esses dias de telefone, coisas que tinham que fazer melhoria, mas esqueci. É, não tem telefone, não tem internet”. “E a medicação? Insisto): “— É, também”. Acrescenta: “Estou satisfeito. Eles são bem legais mesmo lá”. (Na saúde em geral também? O que poderia melhorar pra vocês? (Re)insisto): “— Agora é difícil de lembrar”.

Thiago me diz que entendeu que eu poderia ajudá-lo com a questão da renda, a conseguir um benefício, algo assim. Foi o que ficou subentendido para ele na explicação das técnicas a respeito de uma pesquisa sobre saúde mental e assistência social: que possivelmente serviria de alguma coisa para sua vida prática. Após conversarmos um pouco, através da economia de palavras dele, sobre desemprego, funções do benefício, e dele falar sobre isso com a sua psiquiatra, Thiago me surpreende perguntando se me ajudou. Ajudou muito, obrigada Thiago.

**EDSON:** *homem, pardo/moreno, 33 anos, beneficiário do BPC*

Edson também se voluntariou para a entrevista a partir do convite da psiquiatra e da psicóloga que conduzem o GAM. Marcamos um horário, depois que ele me orientou a não telefonar para sua casa de manhã, porque é seu horário de dormir.

Edson, morador da Igrejinha (Largo da Batalha), se trata no ambulatório há 10 anos. “Estava tendo crises. Esquecia a fisionomia da minha mãe, não me lembrava das coisas, escutava vozes”.

Chegou ao ambulatório encaminhado pelo HPJ (hospital psiquiátrico de Jurujuba). “Minha mãe me levou no HPJ, comecei a me tratar lá, fiquei 15 dias tomando remédios controlados. O médico falou que eu ia ter que me consultar com uma psiquiatra pra me tratar. Perguntei se tinha que consultar com psicólogo. ‘Psicólogo não, psiquiatra que vai te ajudar’. Depois que me deram alta ele conversou com minha mãe, explicou minha situação pra ela. E fui pro CAPS (ambulatório). Ali que começou tudo. A médica perguntou se eu queria psiquiatra ou psicólogo. Aí falei prefiro psiquiatra né. ‘Não tem problema não Edson, pode ser as duas’. **Fiquei com um pouco de receio, não queria não, falar as coisas. Não quero falar da minha vida não, é chato, sou tímido**”.

Pergunto como ele se sentia quando chegou ao ambulatório, e como se sente hoje em dia no tratamento e no espaço do serviço. “Pra falar a verdade o que passei antes não está no gíbi. Eu não estava muito bem não, não estava conhecendo ninguém, até minha mãe eu estava pensando que era minha irmã, escutando vozes, vendo gente, miragens, gente falando comigo. Acho que era por causa dos remédios que eu já estava tomando em Jurujuba. Ansioso, fumando demais, ali tanta gente aglomerada (HPJ)... Ela perguntou se fizeram algo comigo (a médica) lá, se aconteceu algo. **Os médicos (do HPJ) foram bons comigo. Eles só queriam saber se eu estava tomando os remédios ou jogando fora. ‘Edson, abre a boca pra gente ver se está embaixo da língua’. Eles falavam lá que muitos fingiam que tomavam.** Tinha até um rapaz lá que estava bem, mas descobriram que ele não estava tomando o remédio quando ele foi pra casa. Ele teve que voltar. Ele ficou em crise. Dava até medo”.

Quando peço que me fale um pouco de como é seu tratamento, se participa de alguma atividade, ele faz referência a sua internação há 10 anos: “**De manhã acordo e a primeira coisa é tomar o remédio, café com leite e pão, não podia tomar café puro, 10h tinha um lanche, 12h almoço, 15h outro remédio, depois refeição, 18h jantar, a noite a gente tomava o remédio da noite, outro lanche, e dormir**”. Depois me explica do ambulatório: “**Eu me consulto com Deméter (psiquiatra), ela pergunta o que está acontecendo, se estou tomando remédio direito, ‘sim, estou, direito, normal**””. Acrescenta sobre o GAM: “A gente fala sobre medicação. Não está tendo por causa da pandemia, está tendo online. Hoje não deu porque minha mãe levou o celular e está no dela. Tem a psicóloga no GAM”. Sobre suas relações no ambulatório, diz que é “mais com Deméter e a Pandora (psicóloga) por causa do GAM”. Com outros usuários, diz que fez amigos lá, e cita uma com a qual se identifica: “uma amiga minha está há mais tempo que eu. Ela fuma muito, eu também fumo demais, tomo muito café em casa”.

Pergunto se já sofreu ou presenciou alguma situação de racismo dentro do ambulatório. E qual é a sua cor: “**Pardo. Nunca sofri isso não**”. (Você acha que as pessoas negras são tratadas da mesma forma que as pessoas brancas?): “— Sim. Eu sou moreno”.

Pergunto se frequenta outros locais de tratamento, e se sua técnica de referência conhece o lugar: “Agora que a gente tá em casa eu fico mais vendo TV, fumando, tomando café. Eu fiquei 15 dias em jurujuba, mas depois eu tive outra crise, até agredi minha mãe. ‘Mãe, não me lembro que eu agredi a senhora’. Bati no cachorro, que minha mãe falou. Mãe eu não lembro de nada que eu fiz. ‘Mas eu sim’ (a mãe diz). Eu já fiquei internado lá no Rio, nem lembro onde. Não me levaram pra lá porque estava cheio. Bairro de Fátima, conhece? Deve ser esse Alfredo Neves sim. Fui bem tratado. Só teve um problema com um rapaz que não tomou remédio, se cagou todo. Pediram pra eu sair, para limparem. **Lá era a mesma coisa, abrir a boca pra ver se tomava o remédio. Com água.** Sou caseiro, não gosto de sair”.

Peço que me conte alguma situação vivenciada onde se trata, que tenha sido importante ou especial para a vida dele. Responde se referindo a internação: “Fiz muitas amizades lá. Eu tive alta primeiro que meus amigos no HPJ. Fiquei 15 dias e saí, eles ficaram mais um pouco lá. Eu só fui ver um amigo aqui no CAPS (ambulatório)”. Pergunto como era a vida dele antes da internação, e responde falando sobre trabalho: “Eu trabalhava como atendente lá no Shopping Center, num restaurante de massas. Acho que foi depois que fui mandado embora que fiquei chateado, desgostoso da vida, eu gostava do trabalho. Minha vida mudou muito depois da internação”.

Peço que me conte alguma situação no tratamento que possa tê-lo deixado se sentindo mal, desconfortável. “Os remédios. Não gosto de tomar remédio, fico nervoso, ansioso, dano a fumar. Minha mãe fala para parar, ela fumava, mas agora é da igreja”. A psicóloga em mim pergunta se ele acha que os remédios têm algum benefício. “Ajuda sim, ajuda muito. Eu tinha medo de ficar em casa sozinho, parou, com os remédios fico centrado”. Sobre outros locais que frequente para cuidar da saúde, da vida, ou ter algum lazer, me diz: “Fico mais em casa mesmo, vendo televisão. Uma saidinha mais pra comprar cigarro e voltar. Teve uns passeios do GAM, que fui tratado muito bem”. Pergunto se tem médico de família (atenção básica), se conhece o CRAS. “Faz muito tempo que não vou no médico de família, no CRAS quem foi a última vez foi minha mãe. Por causa do benefício pra recadastrar”.

Das dificuldades que enfrenta tendo uma questão de saúde mental e estando em uma situação financeira delicada, me explica que ganha bem, pois recebe LOAS (se refere ao BPC) a partir de um laudo que sua psiquiatra fez para ele. “Um salário. Pago meu plano e saúde, dou dinheiro a minha mãe, e fico com o resto. Como eu recebo esse benefício eu fico mais despreocupado”.

Responde sobre as melhorias que proporia para o ambulatório: “Querida uma psicóloga pra conversar com ela. Mas já conversei com ela no GAM, e ela acha que não precisa. É um grupo, tem umas 10 pessoas... Batemos papo, comemoramos aniversários, Natal a gente faz ceia. Já levei

rabanada, minha mãe fez”. Quando vou encaminhando para finalizar a entrevista, pergunto se quer dizer mais alguma coisa, ele pergunta: “Qual é a sua área?”. Respondo referida a psicologia, e ele diz: “O que Deméter (psiquiatra) e Pandora (psicóloga) fazem pela gente é excelente”.

\*

Ouvir Mineira me remeteu a condição de uma multiplicidade de mulheres atendidas na assistência social e na saúde mental, cujas existências passam pela servidão ao trabalho — doméstico, reprodutivo e/ou terceirizado. Mulheres empobrecidas pelo capital, alicerces dos companheiros, mães desde jovens, avós que cuidam de todo mundo. Relacionamentos abusivos, fibromialgia, câncer de mama, ansiedade/depressão, Rivotril, igreja. Recordo de uma moça alegre e expansiva que frequentava o grupo de música do ambulatório de saúde mental. Até o “surto”, trabalhava como empregada doméstica; um dia foi para o trabalho com uma boneca, que passou a levar consigo e a dizer que era sua filha. Começou a se maquiar em excesso, dentre outros detalhes fora do seu comportamento costumeiro, até ser levada à emergência do hospital psiquiátrico. Mineira traz, de um outro lugar psíquico, uma proximidade com vidas que submetidas à “doença” rompem, a sua revelia, com esse estatuto de normalidade.

Esse modo de existência trabalhador e ocupado, parece ter lhe dado lugar como sujeito. Figura importante, capaz de cuidar de toda uma maquinaria de comida, lazer, acertos financeiros; corpo forte que inala fumaça quente da lenha e absorve fumaça fria do freezer. Exceto quando quebra e não serve mais para o que sabia. Quando será que quebrou, antes ou depois da pneumonia? Frente a vitalidade das histórias que ela narra, trazendo interrogações ao modelo no qual se encaixava, me pergunto o que fazer nessa escrita com o corpo atropelado de uma criança de 12 anos. Deixo aqui. Ela não sabe onde enterrou. Não sabe como ela própria foi parar na rodovia, até ser puxada por um desconhecido. Mineira toma como exclusivamente sua a responsabilidade de não ter aproveitado melhor a herança portuguesa. Não era afeto, ou mesmo dinheiro, mas a possibilidade de estudar. Escapava da escola (pública) para ir atrás da justiça, mas nunca viria a ser juíza. Afirma que sofria preconceito por conta de seus cabelos, que sem a peruca da infância não negam sua origem. A psicóloga que a atende me diz depois que Mineira é branca, de pele clara, e se surpreende que ela tenha me feito tal declaração, acreditando que isso venha de um não lugar absoluto na família. Não vi seu rosto, apenas ouvi as cicatrizes que ela autodeclara.

Os anos se passam e o corpo resiste a trabalhar para os outros novamente, e se lhe fizerem mal na casa durante a faxina? Um medo aparentemente irracional, que transborda para a própria possibilidade de acessar a cidade: Tudo é perigoso. No ambulatório, em contrapartida, trabalhar é a



hora do dia que a faz rir. Apesar da insatisfação com seu novo estatuto de inutilidade, alguns medos são “curados”. Se você se sentir mal, a gente sai — sustenta o acompanhante domiciliar com uma simplicidade que quase me desmonta. Mineira aponta os elos mais fortes do SUS: em sua opinião, da qual compartilho, a saúde mental e o “médico de família” (atenção básica). Nessa, o brilho de um médico cubano tão sensível colore a história. Os pontos fracos são as filas de espera para as especialidades. Para ela o SUS funciona e não funciona. Pensando no ministério do trabalho que ela reflete não ter existido quando trabalhou por 12 anos desamparada, mas que desconfia não ter muita serventia hoje em dia, me pergunto: Torna-se inútil quem não trabalha até se gastar inteira? Que mais é possível fazer na vida além de trabalhar?

Com Thiago e Edson também podemos refletir sobre as questões de trabalho. Edson, atualmente aposentado em decorrência do diagnóstico de transtorno mental, reflete que a perda do emprego no shopping, anterior as internações, o deixou desgostoso da vida. Thiago não entra em detalhes sobre sua última ocupação como vigilante, e almeja um benefício socioassistencial. Nas equipes de saúde e assistência pelas quais passei havia um entendimento geral de que é necessário trabalhar para viver. Nós profissionais, afinal de contas, estávamos ali sob quaisquer condições que se apresentassem fazendo valer nossos salários. Parecemos desconhecer que o mote do viver e prosperar através do trabalho tem um corte de raça-classe, haja vista que os patrões do mundo vivem de sugar o trabalho alheio. É uma discussão importante nas equipes pensar projetos de empregabilidade com os usuários sem uma imposição moral. “Um rapaz forte...”, “Uma mulher com disposição...”, é o início de frases que terminam com “precisam procurar algo para fazer”.

As implicações de pensar os encaminhamentos para obtenção de aposentadoria ou benefícios como o BPC, e incapacitar subjetivamente pessoas jovens, no sentido do que representa para cada um o carimbo do serviço de saúde e a validação do perito; o fato do mercado descartar pessoas fora de determinado padrão, e do próprio perito do INSS ter a função de fazer barreira nos pedidos de benefícios por incapacidade laborativa e aposentadorias por invalidez; o desejo de gerir os benefícios alheios: o usuário recebe aposentadoria e não paga o aluguel de um quarto, não faz um sacolão, gasta em roupas, gasta em drogas — são elementos que atravessam o acompanhamento e tratamento dos usuários da saúde mental em uma realidade na qual viver têm custos, e existe uma sistemática exploração e precarização do trabalho, além de altos índices de desemprego e a capilarização dos desejos de consumo.

Outro ponto de destaque nas entrevistas são os projetos de vida para além do local de tratamento. O que essas pessoas fazem além de frequentarem os serviços de cuidado e irem à igreja? Que interfaces potencializam as políticas de saúde para seu melhor funcionamento? Mineira sente falta de outras atividades no ambulatório, o bazar parece deixar um “gostinho de quero mais”.

Três pacientes com vidas totalmente diferentes, e todos citam o acompanhante domiciliar do ambulatório — profissional que possui baixa remuneração e que em Niterói passa vários meses do ano sem receber da Prefeitura as passagens para fazer seu trabalho de mobilidade pelo território. Uma ida ao cinema ressignificando traumas de uma vida inteira; o rapaz que fala pouco não deixa de incluir o acompanhante domiciliar em sua fala, e me dizer que no ambulatório existem passeios.

Os serviços, tentam criar dentro de seus espaços amostras do que existe no mundo, referidas à arte, cultura e ao lazer. É interessante diversificar as modalidades de acompanhamento, não o restringindo a dimensão da fala verbal. Thiago, ao me dizer que é tímido e que não gosta de falar muito, me faz pensar como terá sido para ele encontrar tratamento em dispositivos que apostam majoritariamente na palavra. Entretanto, essas outras modalidades de acompanhamento dos usuários nos serviços, podem se cronificar quando tentam ser substitutas à circulação na vida lá fora. Se pensarmos em um problema recorrente dos serviços de saúde mental, a agenda lotada dos profissionais e conseqüentemente a necessidade de algumas vezes fechar a porta de entrada, podemos conectar tal fenômeno a essa cronificação: de um lado pacientes, e profissionais, que temem a vida sem a marca do cuidado especializado, carregando o entendimento da alta enquanto cura, se institucionalizando nos espaços; e de outro lado, demandas que não conseguem adentrar os serviços, em alguns casos porque quebram com a repetição costumeira, porque não são dóceis aos dispositivos instituídos, trazendo novos desafios.

É uma questão para uma reforma que guarda em seu bojo o termo psiquiátrico, Reforma Psiquiátrica, que a maior valoração se concentre na figura do médico, em seguida dos psicólogos, enfermeiros, quando o mote da luta antimanicomial é destruir a lógica do hospício e injetar oxigênio, território, comunidade, alegria nas pessoas. “O desafio que se coloca é, ao invés de criar circuitos paralelos e protegidos de vida para os usuários, habitar os circuitos de trocas nos territórios da sociedade. Isso leva o desafio da saúde mental para além do SUS, já que para se realizar ele implica na abertura da sociedade para a sua própria diversidade” (Ministério da Saúde, 2013, p.21). Thiago, Edson, Mineira respondem ao tratamento na saúde mental, é importante para eles, mas do que mais precisam, o que pedem?

Aqui recordo da fala de minha colega de doutorado Viviane Pereira ao defender que nas políticas públicas gerimos a miséria e mediamos as insurreições. Tratamos o paciente que volta para casa no meio do fogo cruzado da guerra as drogas, tratamos o jovem esquizofrênico que sonha em trabalhar e encontra senão a discriminação, a opção de trabalhos protegidos que se restringem a empacotador ou carregador de mercado. No caso das aposentadorias, uma conquista que demanda insistência, resolvido o problema da sobrevivência mais imediata, percebemos que “a gente não quer só comida”, como diz a música. Amarante e Nunes (2018) destacam a amplitude do processo

social da Reforma Psiquiátrica, referido as estratégias de desinstitucionalização, que não se reduzem à reforma de serviços e tecnologias de cuidado, ainda que esses sejam essenciais. A luta antimanicomial buscou a construção de outras estratégias e dispositivos políticos, sociais e culturais, e não apenas clínicos e terapêuticos.

Apesar da importância da RAPS e da organização articulada da rede que ela instituiu, é importante destacar que, para as atividades de cultura e trabalho e geração de renda, não foram definidos recursos orçamentários, revelando assim o pouco significado estratégico atribuído a tais iniciativas que poderiam ser melhor utilizadas, tendo em mente a regulamentação do Programa de Geração de Renda e Trabalho (Resolução CODEFAT nº 59/1994) e dos Pontos de Cultura (Lei nº 12.343/2010). (Amarante; Nunes, 2018, p. 2072)

Essas entrevistas nos ajudam a pensar que a saúde mental é uma rede que acolhe o que não tem lugar, tendo como dupla função além de tratar o sofrimento psicossocial, abrir espaços para fora, para que as pessoas não se institucionalizem. Se é importante tocar no ponto da necessidade de potencialização da rede de atenção psicossocial, de insistir em avançar na inclusão da diversidade na cidade, lidar com os riscos de cronificação à espreita nos serviços ao ar livre — a conversa com Edson nos ajuda a não esquecer a tarefa de zelar pela existência desses serviços, em um contexto que anuncia o retorno ao modelo das internações. Edson nos transmite o quanto a internação deixa marcas permanentes, dez anos se passaram e sua experiência é contada no presente, atualizada a cada resposta sobre seu tratamento. No seu caso, foram 15 dias em uma instituição psiquiátrica focada em tratá-lo, diferente das práticas manicomiais tradicionais, instituição orientada a ajudá-lo a ter porta de saída, com um tratamento digno na rede substitutiva. Da outra internação que menciona de passagem, não há detalhes verbalizados. O que restringe a vida de Edson ao tratamento, ao cigarro, e ao convívio doméstico com a mãe, são os seus processos mentais, que me parecem complexos, ou a exclusão das dissidências não produtivas em uma sociedade capitalista? Quem encontra lugar nessa organização social estaria saudável, considerando os marcos da saúde enquanto bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doenças?

Ouvindo Edson atualizo o horror de pensar que em 2016-2019 tenha sido possível instituir normativas para a Política Nacional de Saúde Mental estimulando eletroconvulsioterapia (eletrochoque), defendendo a internação psiquiátrica de crianças e adolescentes, injetando maior financiamento em hospital psiquiátrico e comunidade terapêutica. Podemos atribuir tais retrocessos

ao governo pós-golpe de Temer e à Bolsonaro. Mas é importante não perder de vista que durante o governo Lula, por exemplo, não houve vontade política para a realização da Conferência Nacional de Saúde Mental. As conferências se constituíram historicamente como espaços políticos privilegiados para os movimentos sociais e outros setores da população construir e fazer valer as suas pautas. Amarante e Nunes (2018) registram a temporalidade das conferências desde a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que ocorreu após muitas dificuldades porque o setor de saúde mental do Ministério da Saúde era desfavorável às ideias reformadoras e a participação social na construção das políticas públicas. O Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental realizaram conferências estaduais sem a anuência do governo, movimento decisivo para a realização da nacional, de 25 a 28 de junho de 1987.

A II Conferência, convocada por Fernando Collor, foi realizada (de 30/11 a 02/12 de 1992), cinco anos após a primeira, e a III, convocada por Fernando Henrique Cardoso, ocorreu entre 11 a 15/12 de 2001, quase dez anos após a anterior. E, paradoxalmente, no sentido que denota uma contradição, no primeiro mandato de Luís Inácio Lula da Silva não foi realizada a conferência. A quarta edição da mesma só ocorreu de 27/06 a 01/07 de 2010, no último ano de seu segundo mandato, após vigorosa pressão dos movimentos sociais que realizaram várias manifestações que culminaram com a histórica Marcha dos Usuários em 30 de setembro daquele ano em Brasília. Apesar de ter sido convocada como a primeira conferência intersetorial, a participação de outros setores ficou restrita a componentes do governo e não se expandiu aos movimentos sociais ligados ao trabalho, direitos humanos, cultura, educação, direito à terra e assim por diante. (Amarante; Nunes, 2018, p. 2069)

O Ministério da Saúde durante o governo Dilma, 2015, já entregue aos conservadores e servindo a negociações escusas, nomeou o Dr. Valencius Wurch Duarte Filho — ex-diretor de um hospital psiquiátrico privado — como coordenador da pasta de Saúde Mental, Álcool e outras drogas. O Doutor, manifestadamente contrário a lei da reforma psiquiátrica, afirmou na ocasião das lutas pela Reforma Psiquiátrica que seus fundamentos seriam “de caráter ideológico, e não técnico, e se baseiam em situações ultrapassadas” (“Médico critica lei que extingue manicômios”, JB,

07/06/1995)<sup>29</sup>. É o que os setores conservadores, e até colegas progressistas, afirmam hoje em dia: que é possível um bom hospício. Com a diferença de que os colegas progressistas possivelmente acreditam no que dizem.

Em nota pública, 10 de Dezembro de 2015,<sup>30</sup> a ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva) expõe que Valencius esteve de 1994 a 2000 na direção técnica da Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi. A “Casa de Saúde”, de acordo com a nota, faz parte de um histórico sombrio da psiquiatria brasileira, tendo sido o maior hospital psiquiátrico privado da América Latina. O relatório da I Caravana Nacional de Direitos Humanos (2000), constatou amplas violações aos direitos humanos, tais como aquelas encontradas nas demais instituições manicomiais: a prática sistemática de eletroconvulsoterapia, internos destituídos de roupas, alimentação insuficiente e de má qualidade, numerosas internações de longa permanência. Com a publicização da nomeação do Doutor, o Movimento da Luta Antimanicomial ocupou as dependências da Coordenação por 04 meses, sendo desocupada por ordem judicial. “Este ato, de repercussão internacional, demonstrou a capacidade de organização e intervenção política do movimento ‘mentaleiro’” (Amarante; Nunes, 2018, p. 2070).

Mineira silenciando suas dores na servidão do trabalho, encontrando sustentação para o cuidado de si no ambulatório, ancorada na igreja e ansiando por outras atividades; Thiago lidando com o que antes tinha preconceito e agora experimenta no próprio corpo, considerando tentar um auxílio para os incapacitados de exercerem atividades laborais; Edson rememorando suas internações, fumando em excesso, incomodado com a medicação, confiante em suas referências no ambulatório — nos falamos de lugares subjetivos, na medida em que a subjetividade é forjada social, geográfica, politicamente, sendo homogênea e ao mesmo tempo singular, como nos ensinou Guattari (2007). No momento de produzir as análises dessas entrevistas esbarrei em um bloqueio. Ainda que saltasse aos olhos os analisadores trabalho/capitalismo e a desinstitucionalização do “transtorno mental”, insistia uma escrita clínica sobre a entrevista de Mineira. Você só sabe falar dos usuários das políticas públicas equivalendo-os a seus pacientes? Que lugar é esse? — parte de mim indagava.

Possivelmente há uma tendência a escuta clínica nos psicólogos que passam pela saúde mental, uma construção histórica da própria formação em psicologia que nos chama a essa modalidade de análise. Disse a minha orientadora do receio de, no último capítulo, reproduzir esse

---

<sup>29</sup> ABRASCO, 2015. Página inicial. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/nota-publica-cgmadms/15248/>. Acesso em: 10 jun. 2021.

<sup>30</sup> Idem.

viés psicológico: “Não quero falar dos usuários a partir desse lugar, quero desmontar o dispositivo clínico nessa análise”. Ao mesmo tempo, quando seleciono nos diários de campo os testemunhos de histórias que acompanhei para compor essa terceira entrada, constato esse olhar clínico marcando todas as narrativas. Acolho esse olhar, e busco exercitá-lo junto de meus intercessores na análise institucional e filosofia da diferença, na direção de que essa perspectiva clínica se faça transdisciplinar, se saiba política, e invista mais no desvio dela própria que em sua institucionalização, ou na psicologização de questões sociais e da vida. Ainda que acolhendo essa linha, o que de principal busco afirmar nesse trabalho é que as políticas de saúde mental e de assistência social — que poderiam ter melhor efetividade junto a população caso outras políticas públicas, de habitação, empregabilidade, esportes, cultura, lazer tivessem maior incidência — embora salvem vidas, são um curativo paliativo em uma ferida colonial aberta. E se colonial, portanto, racista, patriarcal, classista, manicomial

Mineira, Thiago e Edson são pacientes que respondem ao tratamento e falam bem de suas equipes. Trazem outros graus de dificuldade para a complexidade de suas questões sociais e de saúde. Quanto aos pacientes que venho chamando de batatas-quentes, a ferida fica ainda mais evidente. Reafirmo que não proponho a destruição dos paliativos, mas o aprofundamento da compreensão dos lugares que ocupam os operadores da máquina pública, para a continuidade da construção de práticas antimanicomiais, com a coragem de sustentar os rompimentos que se fizerem necessários.

Carregamos no peito, cada um, batalhas incontáveis.

Somos a memória perigosa das lutas.

Projetamos a perigosa imagem do sonho.

Nada causa mais horror à ordem do que homens e mulheres que sonham.

Nós sonhamos...

A revolução que acalentamos na juventude faltou.

A vida não.

A Vida não falta.

E não há nada mais revolucionário que a Vida.

... Aprendemos que a construção deste país não será obra apenas de nossas mãos.

Nosso retrato futuro resultará da desencontrada multiplicação dos sonhos que desatamos.

### **3.5. Diários e outros fragmentos:**

Fechando essa última entrada, disponho algumas passagens de diário de campo e escrita livre, aquelas que não são pensadas para o trabalho, mas brotam do encontro com ele, a fim de incluir as dimensões que não se traduzem em conceitos, as experiências não dizíveis institucionalmente. Narrativas de encontros com sujeitos que além de “casos graves”, não se institucionalizam e forçam interrogações as nossas práticas.

#### **O Portal (2016)**

O menino vinha correndo dos monstros que ninguém via. Agitado, em postura de guerrear, irrompia num falatório incompreensível. A vida carecia de urgência, e ninguém fazia nada, ele acusava. Era uma dor tão grande que não cabia nos códigos da linguagem — escorria em chagas fazendo buracos invisíveis em sua alma. O menino entrou no portão, em vez de ultrapassar o portal. O portal o tornaria mais indecifrável ainda para os outros. Optou pelo portão do serviço de saúde e tentou organizar a dor.

É o seguinte: Não é Deus, uma força, nem o diabo, é O Critério de Desempate. O resultado é lá em cima, nós sofremos as consequências. Ela queria não ter entendido tão fundo assim. Não queria ser contaminada pelo estigma de sua loucura. O sem sentido da vida, ele entendia. Ela não queria voltar lá, nessas camadas perigosas da existência. Viver exigia hábito, cerveja, fofocar e pintar as unhas. Viver exigia se distrair com inutilidades. Não se podia tocar na desorganização latente sem queimar as mãos.

O menino se deixou organizar, domesticado feito um animal enjaulado. Mostrou os demônios que entraram junto com ele no portão. Os monstros estavam lá fora. Os empurraria mais para dentro do portal. Talvez fossem só moinhos de vento...

#### **O Morto-vivo e a Vampira (2016)**

Ele ia chegar em casa e se encontrar com os cacos de sua vida. Escolheu o caminho da emergência psiquiátrica, mas antes pediu ajuda no serviço de saúde. Tinha pena de sua referência — tão nova, com aquele ar abobalhado, a oferecer escuta e acolhimento como entregadores de panfletos na rua. Acaso poderia restaurar seus pedaços? Apagar sua memória, fazer o tempo retroceder? Em muitas ocasiões achava que a moça era uma vampira, querendo sugar suas

memórias, se alimentar de sua dor. Bastava enunciar qualquer sombra de sentimento, e via seus olhos brilharem, seus dentes crescerem famintos. Esses psicólogos não passavam de ladrões de almas! Mas mal o ônibus fez a curva, precisou dela para se apoiar. A emergência psiquiátrica ficava dentro do Hospício. E o hospício metia medo. Mal desceu do ônibus e já havia desistido. Se apoiou na moça idiota. Eu tenho medo. Eu tenho pavor. Não me faça entrar lá. Mas não poderia jamais verbalizar, as palavras secavam na boca, engessavam a garganta, queimavam no peito.

Eu estou com você, ela disse como se pudesse acessar um pouco seus pensamentos. Eram raros os momentos nos quais conseguiam se comunicar. Ele estava cansado demais, e ela muito afobada. E havia as dores, os amanhã, as pedras e os becos... Eu tenho que enfrentar — ele disse se fazendo de corajoso, sentindo que a vida inteira foi covarde. A se esconder por detrás da posição do pai e das saias da mulher. Disse para a equipe da emergência que não sabia o que estava fazendo ali. Tremia. A moça abobalhada se explicou e o levou embora.

Me desculpa, eu não consigo. Talvez ela compreendesse o quanto de impossibilidades carregava aquela simples frase. De ser feliz, de amar, de aguentar as consequências. Voltaram. Ele ia chegar em casa e encontrar os cacos de sua vida. Tinha alguma fé em sua referência. Ela estaria lá nos dias seguintes. Isso não resolvia nada agora, nem depois. Não havia solução para a existência, afinal, mas às vezes existia companhia.

### **Tempestade (2016)**

Estava meio naufraga. Havia percorrido um lampejo da sua tempestade, caído no mar e me afogado um pouco. E havia as rochas. É sempre de pedras que se trata? Eu tive medo, mas sobrevivemos. Você me mostrou os monstros e os fantasmas, apesar do medo de ser julgado, diagnosticado — sabe-se lá que poderes me atribui! Injeções, paredes, jalecos, julgamentos... a contenção? Antes fosse só ali e você pudesse sair e descansar, como faço depois de ouvir o impossível. Mas é seu cotidiano habitar o mundo silenciando outro mundo inteiro dentro do peito. Silenciando os pensamentos que vem de toda parte e de parte nenhuma. As vozes. Quem sabe uma próxima vez você me conta. Quem sabe nunca.

Fico com o que você pode mostrar. Você fica com o que suporta ouvir: e é tão muito pouco que parece até tanto. “Depois a senhora fala, doutora, depois! Cada um tem a sua vez!”. Acato, mas não deixo de dizer o mínimo enquanto reúno os pedaços do navio, e os seus. É preciso não recorrer ao suicídio, nunca. Preste atenção. Nunca mais. É nosso pacto tosco enquanto tento te segurar pelo fio frágil que nomeiam de vínculo. Feiticeiras, alquimistas, curandeiros, doutores — eles anunciam aparatos infalíveis frente a dor. Eu só tenho palavras! Palavras são sempre por um fio.



Chegamos à praia. Após tantos gritos, você emerge em calmaria. Há minutos ninguém adivinharia os trovões e a água engolindo qualquer solidez. Diante dos arranhões e da minha falta de ar, você sustenta uma inteireza de quem há muito é escaldado pela vida. Então até amanhã. As paredes retornam. A Psicologia se reconfigura. Portas fechadas.

Vou embora silenciosa, triunfante e fracassada, ouvindo por dentro seus gritos, suas músicas e notícias desse mundo que me é tão estranho. O ônibus passa. A paisagem em frente ao hospício é de total calmaria. Às vezes o barulho do mar repousa dentro de uma concha.

## **Um Rei (2015)**

Ele tenta entender cada porta que se fecha em seu rosto. Por que algumas pessoas não têm nada, nem uma estrutura que lhes obedeça, uma condição que faça sentido aos outros? O professor de psicologia disse que os psicóticos não se vinculam. Mas ele não poderia conhecer todos os psicóticos do mundo. Ele não poderia diagnosticar a multiplicidade do que respira.

Quando me despeço, ele responde: “Você me viu nascer aqui”. Sua esquisitice que se comunica com o que é mudo em mim, e atinge meu lugar esquadrinhado de quem possui algum saber sobre qualquer coisa. Se referiria ao surto? Aos cacos que me entregou pedindo sua vida de volta? Já não dá para ser rápido, se concentrar como antes, mais a fragmentação que veio de brinde. “Eu não estou conseguindo enxergar o meu nariz”, foram as primeiras palavras que me dirigiu. O professor está presente na sala rindo da minha perplexidade — “É isso a loucura”, sussurra.

Meu paciente insiste com a vida, a despeito do que lhe é negado. Tenta iniciar cursos técnicos, faz informática, mil entrevistas de emprego, esporte — tantos certificados me mostra questionando por que não estaria qualificado para fazer faculdade, trabalhar. O corretor do Enem sentencia que sua redação não condiz com seu nível de escolaridade. Fala do câncer que está devorando sua mãe, sem metade do drama que meus amigos emprestam a qualquer banalidade. Não há drama, é a experiência crua do concreto. São as perguntas afiadas que desorganizam nossas sistematizações falidas. Quisera nascer na África antes das invasões bárbaras, num século perdido antes da ocidentalização do mundo e seria um rei.

Porque logo a mãe dele haveria de ter câncer e morrer, me pergunto. Porque eu tenho o direito de me despedir, seguir adiante e deixá-lo institucionalizado para sempre sob o rótulo do transtorno mental? Não me atrevo a sentir pena dele, coitados somos nós narcisistas, melodramáticos, infantis. “Aprendi um pouco de espanhol, quer ver?”. Eu queria que no mundo tivesse lugar para pessoas como você, como nós, eu queria universidades mais próximas do que é humano e do que é informe. Um mercado de trabalho menos fascista. E dignidade no lugar de

esmolas e favores. Oportunidades menos desiguais. E me chamaram de idealista. Queria que você pudesse ser engenheiro. Ou que fosse um pouco feliz, de vez em quando...

Calo os pensamentos. Aceito os pedaços de espanhol que desafiam o que o corretor do Enem alcança e o que eu não poderei alcançar por inteiro: “Meu nome é X, tenho 24 anos, quero fazer faculdade, gosto de escrever, quero conhecer uma moça, me casar e ter filhos”. O problema não é a psicose, X. Ser humano não deu certo, já diria Clarice, ser humano tem sido um grande constrangimento.

## **Museu (2012)**

É um povo que está acostumado a ouvir não para tudo: “Volte depois, senhora”; “Não é hoje”; “Não é agora”; “Falta acompanhante”; “Falta a receita”, falta, falta... Repetimos insistentemente nosso combinado: “Quarta-feira depois do feriado, às 8h, não se atrasem porque o motorista não espera”. Um passeio, uma vez por mês, às vezes o único para alguns que vão se restringindo cada vez mais a casa e ao local de tratamento. Chegam mais cedo do que o combinado, (sempre). O motorista é que não vem. E nenhum telefone atende no CCBB antes das 9h, de modo que ficamos meio cabisbaixos, meio ansiosos, meio sem graças. E depois das 9h a resposta é a seguinte, dois carros quebraram, e não avisaram nada. O carro deveria estar lá as 8h, ou seja, sair do Rio de Janeiro bem antes, então já se sabia quebrado. Mas não avisaria, nem 8h, nem 9h, nem nunca. Se vocês quiserem eles mandam outro, mas daqui a uma hora e meia. Fariam isso com qualquer um, ou por que se trata de um serviço público (cultura) para outro serviço público (saúde)?

Fazer o quê, levamos a proposta para eles decidirem. Estão dispostos a esperar, querem ir, querem estar juntos. Entre si, conosco, com a cidade, com o que ali se constitui enquanto grupo. Mas, a que preço! O rapaz abaixa a cabeça e o corpo todo escorrega na cadeira, desanimado, sabemos que não vai reclamar de nada verbalmente e que irá esperar em silêncio. Então propomos, lembrando da cidade: podemos deixar o CCBB para outro dia e aproveitar para conhecer o MAC agora mesmo, a entrada quarta-feira é gratuita... Parece que uma corrente de ar percorre a sala. Eu não conheço esse museu, é o disco voador? Eu já fui lá duas vezes, iria de novo... Que manhã maravilhosa! Cheia de vento, sol, paisagem, barulho de ondas, caminhada, fotos e alguma coisa se tecendo entre nós. Hoje, a burocracia não venceu a vida.

## **O Homem do Chapéu (2012)**

Parecia um personagem de filme antigo. Um paciente psiquiátrico saído de um filme de Ingmar Bergman. Adentrou minha sala já no final da tarde, era o último atendimento. Um chapéu bastante gasto dava um tom entre a elegância e o descabido. A gravata marrom e a língua para fora cheia de cuspe, que o impedia de falar claramente, impactavam ainda mais sua imagem-presença. Nenhum dente na boca. Olhos miúdos, atentos e sorridentes.

— A senhora é criança, doutora?

Entre o riso e uma leve indignação pensei: “Ótimo, até os malucos me acham com cara de estagiária”.

Não me incomodava com o tique da língua permanentemente para fora, cheia de cuspe, lutando para falar. Eram seus olhos que convocavam análise.

Como não se enredar na sua história? Essa que se traduzida em uma escrita psicológica poderia forçar causas e efeitos, silenciá-lo em um diagnóstico. Ele que tem essa força que borra as fôrmas convencionais.

Mostra sempre seus preciosos documentos, tirados pelos cuidadores do hospital psiquiátrico.

— Eu entrei para ficar internado três dias e fiquei vinte anos.

Silêncio.

Fala que hoje em dia deve existir tecnologia para lhe devolver o rosto que tinha quando novo, será doutora?

Nem eu mesma sei como consigo entender o que ele diz. Acho que a compreensão ali passa por outras camadas, a escuta atravessando muitos espaços.

Outro dia estava mais confuso do que o comum.

— Desculpa, estou me esforçando, mas está difícil entender o que você diz hoje.

E ele soletrou devagar, como se eu fosse retardada, tal como eles mesmos “doentes mentais” são (muitas vezes) tratados por nós equipes de saúde:

— DE- SINS-TI-TU-CI-O-NA-LI-ZA-ÇÃ-O.

E me deixou sem palavras.

## **“Sangue de tinta” (2017)**

As mãos sujas tremem como de costume.

Passos apressados

Um cigarro após o outro

Para aplacar sabe Deus o quê  
Enquanto não chega sabe-se lá onde.  
Perdeu o rumo há mais de seis anos  
Era dois mil e onze? Era antes? Mas antes do quê?  
Em verdade, perdeu o jeito de contar  
Ou o sentido de medir o tempo das coisas  
É que os dias foram ficando todos iguais,  
É que caminhava no vazio,  
No insosso,  
Entre tumbas, escombros e farrapos  
do que antes era um castelo em festa  
Antes...  
Aonde vai assim apressado  
Reparem, parece ter destino certo:  
Provável que buscar mais substâncias  
Cocaína?  
Risperidona?  
Cafeína?  
Entra no local.  
As pessoas lá dentro se movem incomodadas com sua presença.  
As mãos sujas correm pelas mercadorias.  
Vai roubar? — acusam os olhares silenciosos.  
Nem se dá conta  
Faz tempo que fugiu do olhar dos outros.  
Escolhe.  
Um caderno  
O que havia de querer com um caderno? — insistem os olhares.  
Desorganiza, sem saber, a paz daquela gente de bem da papelaria.  
E assim vem fazendo uso de papel e tinta  
Para dizer o indizível.  
Porque é difícil falar  
não se enganem,  
Tagarelar é que é fácil.  
30, 45, 96 páginas escritas em febre e fúria

Reclama que tenta contar (conter?) sua errância e que ela não cabe.  
É uma caravana para passar pelo buraco de uma agulha  
Escapa, Escorre, Borbulha,  
No prontuário, no diagnóstico  
No meu entendimento Ocidental de mundo  
Pelas escadas  
Pela janela  
Pelas oficinas que pateticamente ofereço  
Entrega um caderno e vai ver o pôr do sol.  
Fico com as páginas na escuridão  
Surpresa por não estarem sujas  
Mas há rastros invisíveis de sangue  
Nessa escrita que é em carne viva  
E assusta.  
Acusa.  
Fere.  
Fere de morte.  
Vou tropeçando pelas ruas com o caderno  
Virando as páginas entre os carros  
Atropelada por frases que  
[se pensadas lá dentro da sala  
ficariam presas na garganta]  
É tanto que vocês nos dão.  
É tanto que vocês nos tiram.  
Do desconforto e da vergonha do lugar que sempre pressupõe uma verdade  
Surge ali, do encontro, com essa matéria disforme que nos entregam,  
Ferramentas!  
Inéditas  
Afiadas  
Vivas.  
Vocês nos dão outros mundos possíveis.  
Inimagináveis.  
Oxigênio.  
Obrigada por nunca me deixarem a salvo.

**Grito!** (2017)

Vai fazer falta pra quem?

Uma inadequação anterior a história fabricada na ponta da língua:

Eu sou [diagnóstico]

Eu sou [substância]

Eu sou [estado civil]

Eu sou [número na previdência]

[ ] [ ] [ ]

Uma inadequação sem origem

E sem nome.

Vai fazer falta pra quem

Esse resto que encarde

E vai perdendo o estatuto de civilidade.

Arrume um trabalho

Vá a igreja

Encontre uma boa moça

Seja neurótico

Por favor, se adapte!

Vai fazer falta pra quem?

Escreva Óbito na última folha do prontuário.

Queda. Cabeça. Convulsão. IML.

Deixe que falem que foi o álcool

Que foi falta de querer viver

Que foi fraqueza

Que foi a mãe

Sempre a Mãe...

Que fique interrompida a singularidade

de uma história única,

As impossibilidades, a dor, o insuportável dos buracos

[Todos invisíveis].

"Senhora, não queria que me visse assim".

"Por favor, venha como você puder".

Ambos sabem que é mentira?

Porque no fundo é preciso se fazer limpo, barbeado, sóbrio, rentável, adaptável,  
sem cuspir em Deus, na mãe e nas tias.

Não seja dramática

Não seja onipotente

A vida, ela se dá.

Adiante. Adiante. Não há tempo.

Não era ninguém.

Apenas "Ele tem uma coisa com aqueles dentes!", bradava a tia

Apenas me explicou que não se misturam dois tipos de carne no mesmo prato, que é deselegante.

Apenas falava com um ar de fidalgo que era muito engraçado.

Apenas não conseguiu morar na Itália.

Morava pelos bares e na sujeira do próprio colchão.

Apenas tinha filhos, pra quem talvez faça falta (algum dia)

Apenas "Nunca me perguntaram o que eu gostaria de fazer, só me oferecem esses serviços de pedreiro"

Apenas era discreto, sem dramatizar sua dor.

Apenas não fazia alarde.

Apenas tinha uma cicatriz na testa, menor do que as de dentro.

Apenas tinha uma namorada.

Apenas interrompeu o padrão da minha escrita.

"Eu vou falar a verdade pra senhora. Eu não posso hoje porque ainda preciso beber".

"E qual a novidade disso?"

"Eu volto amanhã".

Amanhã ainda não existe.

Amanhã o relógio enguiça.

Amanhã a carta extravia.

Amanhã às vezes é nunca.

Tanto para o bêbado, quanto para a equilibrista.

Não era ninguém.

E vai me fazer muita falta.

**B. (2017)**

Ouvia música com B. todas as vezes que ele estava no CAPS. Esquizofrênico tal qual o pai. Jovem, negro, destitutivo, malandro, orgulhoso, lindo. Se gabava de ter usado crack durante três anos e ainda assim ter todos os dentes intactos, além de ter conseguido parar sozinho. Se virava bem na rua, mas não conseguia ouvir música, uma de suas paixões. Chegava no CAPS eufórico para aplacar sua abstinência de música. Celular, *youtube*, rock antigo, rap, conhece essa, doutora? Só mais uma, por favor?

Certa vez perdi a compostura em uma visita ao dia seguinte de sua internação psiquiátrica, uma entre um histórico de internações. Ele queria que o levasse embora, bradava que não queria ser transferido para a enfermaria masculina porque não era maluco, que precisava ir para a enfermaria de drogas. Quando passou a gritar que sairia dali a força, e a equipe da enfermagem começou a se mover para a contenção, o choro me escapou acrescentando mais drama a cena. “Doutora, pelo amor de Deus não chora. Eu prometo que vou ficar aqui, mas para de chorar”. A psicóloga referência de B. na internação me conduziu a uma sala para conversar. Quase 06 anos de saúde mental e sempre havia uma salinha para individualizar, para sondar se você levava as suas questões pessoais para a análise. Hospício é uma questão pessoal?

Consigo tocar no ódio material que emerge dessa lembrança: uma psiquiatra me explicando pausadamente que a internação era uma coisa boa para o meu paciente. Como se eu mesma não tivesse levado B. de ônibus até lá — Para onde mais o levaria? — e gastado lábia e linguajar técnico para que aceitassem sua internação. As outras psicólogas cochichando sobre minha descompostura, tão habituadas ao local, já fazendo parte da paisagem. É uma coisa tão boa. Se essas moças surtassem onde elas gostariam de ser tratadas? Pregariam os olhos a noite naquela enfermaria? Mas B. é louco, além de tudo drogado, e Jurujuba é um hospício humanizado. Ele já deveria estar acostumado. “Quando meu pai morreu, eu estava internado, doutora. Minha família achou melhor não me contar para não atrapalhar minha internação”. Qual a medida?

**M. (2017)**

Alguns casos que acompanhava na saúde mental, às vezes ficavam mais tranquilos e davam descanso. O que permitia investir mais em outros, como um malabarista equilibrando pratos no ar. Havia aqueles casos que eram graves sempre. Como M., nosso combinado era que todos os dias conversávamos um pouco. Quando estava internado, ia uma vez na semana visitá-lo, a assistente social, sua referência, ia em outro dia. “Fico com vergonha porque todo mundo aqui tem família,



recebe visita. Vocês duas têm que vir, senão como é que eu fico?”. As vezes ele ficava mais grave ainda. Numa dessas aguardava com ele o psiquiatra, para acompanhá-lo na consulta.

Paranoico, partido em pedaços, invadido por vozes externas. Entramos e havia duas residentes em psiquiatria na sala, ali faziam seu campo. Através daquelas pessoas, como M., se formariam. A partir dali cada frase que o paciente dizia, tentando organizar sua angústia e sua dor era repetida pelo médico, que como se não estivéssemos na sala se virava para as duas e dizia: “Está vendo, isso é um delírio do tipo....”. Minhas mãos suando, tentando identificar algum estranhamento nas residentes, que pareciam achar a conduta normal. O preceptor sabia tudo, devia ser assim mesmo. Tenho notícias de que no Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) a relação dos preceptores e residentes com os pacientes é até mais invasiva e objetal. O paciente também parecia estar acostumado a conduta, permaneceu quieto na cadeira. Embora durante as nossas conversas se esparramasse por todos os espaços.

### **Mosaico (2018)**

“Eu continuo indo pra oficina no SESC que você mandou. Lá eles usam outra ferramenta pra fazer mosaico, uma peça mais grossa. Eu fico lá escutando aquelas velhas de Icaraí, nunca vi falar tanto”. O senhor magrinho e emburrado fala das senhoras de Icaraí com um ar de riso-deboche no canto da boca, enquanto sorriu de orelha a orelha. Senhorzinho taciturno que bebeu a vida inteira e parou, segundo ele, graças a insistência da coordenadora antiga do CAPS-ad, Maria Alice. De uma magreza preocupante, lida com vozes, delírios persecutórios, e com o peso de uma família em suas costas. Sentia saudades da época áurea do CAPS-ad quando havia verba para comprar material e pagar a professora das aulas de mosaico. As peças ainda estão espalhadas pelos espaços do serviço. Lindas, detalhistas. “Você sabe quem foi Miró?”, e me explica o que aprendeu com a ex-professora.

As oficinas do SESC, uma oferta para ele andar um pouco mais na cidade. Fazer alguma coisa além desse “não beber”, e desse aguardar a hora do remédio. Estou indo na oficina que você mandou. Pode parecer pouco, automático. Mas ali naquela recusa dele de tudo, aceitou. E estava lá rindo das senhoras de Icaraí, trabalhando as peças em silêncio, recebendo alguns elogios da professora que logo reconheceu a sua técnica. Pegou o certificado do curso, o próximo a ser ofertado seria de bonecas de pano, aí me diz que já era demais para ele. Aceitou depois a consulta com a nutricionista, os suplementos para ajudar sua magreza. Idas e vindas nas crises. Perdas na família. Mudança para outro município. Desconfiança com o CAPS de lá. Avisou antes que eu

soubesse: “Você não vai voltar da sua licença. Todo mundo que sai para ter filho, não volta mais”. Não tive sabedoria para me despedir, só suportava anunciar a licença dizendo a todos que voltaria.

### **Atracagem (2019)**

Aqui encerro por hora as tantas aventuras nesse navio chamado Saúde Mental para Usuários de Álcool e outras Drogas.

Sei absolutamente nada sobre navegação, mas aqui aprendi sobre atravessar tempestades em alto mar, com a heterogeneidade de corpos que compõem uma tripulação. Aqui saquei que a estrutura do navio se alicerça via políticas, leis, portarias, mas que não sai do lugar sem os ventos do desejo e da inventividade.

Daqui descobri que as vezes os monstros que enxergamos externamente, nos habitam em segredo. Que ilha até tem recursos, mas muito isolamento não produz diferença. Que TODA função tem o mesmo nível de importância, ainda que neguem. Que às vezes é importante abrir um pouco mão da bússola e se orientar pelas estrelas. Que muito antes de nós já havia navegação, então há que se baixar um pouco a bola e aprender com outros, e saber que tantos outros ainda virão. O navio/dispositivo não é seu, é passagem, e continuará.

Aprendi as tantas vezes que queremos nos lançar, mas precisamos ser âncora, precisamos ser pôrto. E em muitos momentos há que se estender a bandeira negra e fazer Pirataria, já que Justiça/Direitos/Cartilhas institucionalizadas funcionam para poucos. Não sou romântica, ou talvez no fim das contas seja, mas fazer o que a gente faz, operar a complexidade que nos é exigida, com o tanto que nos expropriam, com o tanto que nos invisibilizam, é revolucionário.

É revolucionário acolher o que ninguém quer. Acolher com ética — para além da caridade, para além da superioridade, para além da bondade — o que é relegado ao fundo do oceano. E vocês já viram as formas de vida extraordinárias que vivem bem aquém da superfície? Elas me ensinaram o quanto a vida é múltipla e não domesticável...

Vou morrer de saudades, não imaginava abandonar o navio nesse momento de trevas que estamos por atravessar — mares nebulosos, habitados por monstros sem beleza e sem clemência. Mas por hora, a vida me chama para atracar noutro pôrto.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS:



Quem tem consciência para ter coragem  
Quem tem a força de saber que existe  
E no centro da própria engrenagem  
Inventa a contra-mola que resiste  
Quem não vacila mesmo derrotado  
Quem já perdido nunca desespera  
E envolto em tempestade decepado  
Entre os dentes segura a primavera  
(Secos e Molhados, 1973)

Traçar limites em uma pesquisa que convida a outros desdobramentos. Assimilar que o corpo a situar as questões iniciais, não é o mesmo que lhes dará fechamento. Foi modificado, chacoalhado nos encontros — com experiências, conceitos, vozes dissonantes, com a própria escrita. Contornar o apelo de retomar cada segmento do trabalho e editá-lo, na expectativa de dizer melhor alguma coisa que escapa; tentativa mecânica de organizar os deslocamentos que vieram processualmente, e que são passagem. Essa pesquisa parte do corpo-memória de uma trabalhadora social, e se espalha por interrogações as práticas macro e micropolíticas no campo da saúde mental e da assistência social, no tempo presente. Tempo de desconstruções de modelos familiares, esfacelamentos políticos, de conexões digitais, desterritorializações.

É construída durante um contexto de escancaradas ameaças a democracia, 2016-2021, quando a pesquisadora já entrevia o processo democráticos acomodado sobre os variados tentáculos do fascismo, mal escondendo os rastros dos porões dos navios negreiros e das ditaduras: vidas violadas, carne torturada, direitos negados, acordos escusos. “Olha o nível da nossa desgraça, tentar reconstruir as instituições que a gente queria destruir”, diz o professor Acácio Júnior (2021) na banca da defesa de meu colega Felipe Chittoni. Paradoxo que também enfrentamos, ao tomar como campo de pesquisa-intervenção as políticas públicas. Se por um lado, constatamos os arremedos das Re-formas que expulsam de seus espaços esquadrinhados o que é vivo, o que se rebela — a paciente indócil, o drogado inadequado, o morador de rua ameaçador, o adolescente silencioso da medida

socioeducativa —, por outro lado nos assustamos com a velocidade de destruição de conquistas históricas pelas forças liberais aliadas ao conservadorismo mais grotesco.

Enquanto esse plano de organização que nomeamos de macropolítico nos captura na paralisia e no ressentimento, as demandas da população que procura os serviços da saúde e da assistência, exigem experimentações ativas, a necessidade de conspirar outros destinos que não o endurecimento das práticas e de nós mesmos. Que outras possibilidades de movimento e interferências na realidade, para além do que se anuncia instituído, irremediável? No prefácio de *O Anti-Édipo*, Foucault (1993) ironiza nossa vontade de totalizações: Então vocês anseiam por essa nova teoria, definitiva, que apaziguará a desesperança. Na contramão das garantias, ele tece considerações éticas, para vivermos nosso próprio tempo, enxergar nossos inimigos, menos no outro e mais naquilo que também nos constitui. Nesta direção, o presente trabalho se dispõe a problematizar determinadas práticas na saúde mental e na assistência social concomitante a análise das implicações da pesquisadora, afastando um olhar judicativo, e mergulhando nas contradições inerentes a qualquer campo.

Historicizamos o panorama de disputas sociopolíticas que culminaram na construção, bem como na institucionalização, dos serviços públicos de saúde mental e assistência social. Nos detivemos em seu esfacelamento no campo governamental desde 2016, nos deparando com nosso amor as instituições, a um suposto Bom Estado. Amor-costume, vontade de servidão, que invisibiliza a máquina colonial-disciplinar que pilha as riquezas, saberes, a força das populações e cospe miséria. Colocamos em análise a produção subjetiva que atravessa as equipes técnicas disseminando que trabalhar nas políticas públicas equivaleria a fazer o Bem. Produção que nos desresponsabiliza de enfrentar os limites de nossas práticas nas ciências humanas, na saúde; práticas cujas raízes se alimentam de uma herança colonial, positivista, de manutenção da ordem e disciplinarização das subjetividades. “Temos que ter coragem de falar das nossas práticas a serviço da ordem, as nossas práticas cronificadas que nos garantem espaço para existir” (2009), a frase é de um doutorando trabalhador da saúde mental. Na Análise Institucional, intercessor teórico que sustenta esse texto junto a Pesquisa-Intervenção e a Filosofia da Diferença, percebemos que trabalhamos para que a nossa função — do especialista em qualquer coisa — não mais exista. Se parece incoerente trabalhar para o próprio fim, esses aliados teórico-práticos investem em concepções fora do escopo disciplinar, recusando o projeto de se alimentar de carniça. Abutre-igreja, abutre-psicólogo, abutre-caridade, abutre-mercado financeiro. Aqueles que lucram com as estratégias do capital e de suas crises, desejam que a miséria acabe?

Ampliamos a discussão da saúde e da assistência para fora do Estado de bem-estar social e dos direitos constitucionais, visibilizando que na fundação de todo Estado está a violência e o terror.

Nos encontramos, através do conceito de governamentalidade de Foucault (2011), com o traçado das forças invisíveis que administram o capitalismo hoje, e que não precisam do Estado, embora o utilizem como mascote; forças que se encontram emaranhadas aos nossos modos de viver e de desejar. Apostando em uma entrada micropolítica, nos desviamos para as práticas menores, procurando frechas de vida não domesticada: os usuários difíceis, os pacientes que não se vinculam, os usuários de drogas, a reclamação das equipes, os acontecimentos disruptivos. Assim, na construção da pesquisa vislumbrou-se equivocar a histórica relação hierarquizada, devedora, entre os lugares ocupados pelas equipes técnicas, que cuidam/sabem/escutam/atendem, e os lugares delimitados para a população usuária dos serviços, esta que seria cuidada/ensinada/favorecida/assistida. Tais dicotomias se sustentam invisibilizando as equações que vulnerabilizam, empobrecem e enlouquecem os corpos, tomando tais contingencialidades como uma natureza. Como enxergamos o público prioritário das políticas públicas?

Uma tendência em aprisionar as pessoas recortadas pela perspectiva da vulnerabilidade social e/ou do sofrimento psíquico à dimensão da carência, rondou a tese. A ausência de acesso a direitos como alimentação, moradia, água encanada, saneamento, permanência na escola, empregabilidade, mobilidade, lazer, são violências que nos recusamos a banalizar. Entretanto, circunscrever o outro no lugar da piedade também é um modo de alimentar uma relação objetual nos dispositivos criados para contribuir na superação dessas vulnerabilizações. Não raro, exige-se que esse sujeito vulnerável seja honesto, ingênuo e cordato — pagamento pelo que supostamente se faz por ele, como se fosse um favor. Busco evidenciar que essas pessoas usualmente desqualificadas, inclusive de forma gentil, nas melhores das intenções, me ensinaram a operacionalizar a política pública, e a apostar na vida que corre não institucionalizada.

Embora sem status jurídico, muitas integram outras redes, agem politicamente, trilham caminhos para se defender. Um grupo pode ser abandonado pelas formas soberanas do poder e, ainda assim se organizar, encontrar outras respostas. Percebendo a desconsideração dessas experiências na construção das tecnologias de atendimento e acolhimento, seguimos as pistas dos usuários que mais incomodam as equipes de saúde e assistência, na medida em que não se ajustam, ou inserem elementos de caos. Pensar a sua recepção nos serviços, nos convoca a colocar em análise o funcionamento dos dispositivos, o modo de organização das políticas, os desafios que enfrentamos no contemporâneo. Defendemos que esses usuários, aqui chamados de batatas-quentes, na radicalidade de sua apresentação para as equipes de cuidado, desarranjam e criam — não um novo objeto, mas novos arranjos e percepções, de si e do mundo.

Utilizamos como recurso metodológico a pesquisa-intervenção<sup>31</sup>, tomando como material de análise experiências de trabalho da pesquisadora no período de 2012 a 2019, registrados em diários de campo e relatórios institucionais. Tais experiências se deram em ambulatório de saúde mental, na gestão/assessoramento técnico da assistência social no Estado, na capacitação de turmas da atenção básica com relação à temática de crack, álcool e outras drogas, e no CAPS-ad. Além da análise desse material, que justifica as hipóteses levantadas na pesquisa, criou-se condições para entrevistar profissionais sobre suas práticas nos encontros com seu público prioritário, acompanhando a potência e os entraves dessas relações. Foram realizadas 13 entrevistas na Rede de Saúde Mental (Ambulatório e CAPS-ad) e na Rede de Assistência Social (CREAS e Centro-Pop) do município de Niterói. Também foram entrevistados 03 usuários da rede de saúde mental no mesmo município. Dialogou-se a respeito de como as equipes técnicas se relacionam com os usuários, entre si, e com a política pública. Exploramos alguns analisadores, dentre os quais: a lida com usuários considerados mais difíceis, concepções de loucura e de pobreza, relações raciais e racismo estrutural, interdisciplinaridade, articulação intersetorial, autocuidado do trabalhador social, as fragilidades e a potência dos dispositivos públicos.

Destacamos algumas conclusões provisórias que podem trazer reflexões para a lida cotidiana dos trabalhadores nos serviços públicos. A tese inclui a dimensão estatal das políticas públicas, e na medida em que defende a indissociabilidade entre subjetividade e política, compreende que as lutas e os fazeres não se esgotam nessa dimensão. Frente ao sucateamento dos serviços socioassistenciais e da atenção psicossocial/saúde mental, no bojo do desmantelamento do Sistema Único de Assistência Social e da Política Nacional de Saúde Mental, a organização coletiva para cobrar medidas pela via governamental é necessária. No entanto, estacionar nesta via tem esvaziado as possibilidades de agir no cotidiano dos serviços. A questão está menos na desconsideração do Estado e de seus funcionamentos, e mais na afirmação de outras redes de saber-poder, da produção de outras institucionalidades, e práticas de validação para além do instituído. É uma armadilha acreditar que as conquistas que alcançamos na saúde mental e na assistência social — a humanização das crises psíquicas, a proteção socioassistencial, os equipamentos, benefícios, enfim, a oferta de estratégias para reparar, em alguma medida, as violações que nosso próprio sistema produz — venha de cima para baixo. Que a Lei, o financiamento, a vontade política dos engravatados seria primeira ao desejo coletivo. Quais as consequências de a finalidade das lutas coletivas geralmente se voltarem a conquista de mais um naco de Estado que é, em última instância,

---

<sup>31</sup> “A pesquisa-intervenção aprofunda a ruptura com os enfoques tradicionais de pesquisa e amplia as bases teórico-metodológicas das pesquisas participativas, enquanto proposta de atuação transformadora da realidade sócio-política, já que propõe uma intervenção de ordem micropolítica na experiência social (Aguiar; Rocha, 2003, p. 67).

violador e assassino? Apostamos na urgência de ativar a potência dos trabalhadores que na relação com os usuários se reinventam e encontram caminhos. A burocracia governamental não é maior do que a nossa capacidade de mobilização — política, de afetos, de partilha e contágio.

Outra armadilha é confiar que algum direito social esteja garantido, posto que institucionalizado. Perdemos construindo nossos espaços de trabalho com profissionais que desconheciam a luta antimanicomial, avessos as discussões mais simples no campo dos direitos humanos. Endurecemos individualizando ações, escondidos na excelência da técnica de uma ou outra teoria, de um ou outro protocolo, ignorando a complexidade da história recente do nosso país. Faltou gente, tempo e espaço para transmitir a memória das lutas, e a necessidade de sua atualização nas ações do dia a dia. Perdemos parando de debater determinadas questões, que transformadas em lei acreditamos estarem bem compreendidas. Deixamos o que nos é mais caro nas mãos de determinados governos que reconhecemos como aliados — ainda que tenham roubado as já insuficientes reservas indígenas em prol do agronegócio, que entrassem militarizados nas favelas deixando rastros de sangue, que desapropriassem famílias de suas casas para realizar a Copa do Mundo, que reprimissem manifestações de protesto, e fizessem alianças escandalosas em prol do nosso suposto bem-estar. Ainda parecemos esperar por sua salvação.

É preciso estarmos atentos as institucionalizações: das mobilizações comunitárias, dos movimentos sociais, dos partidos políticos ditos libertários. E de nossas práticas de trabalho, nossa própria institucionalização sustentada em cima de saberes e certezas, que vão ficando pouco porosas a qualquer dissidência. Quantas experiências inventivas morrem quando viram um protocolo compulsório? Além da repetição protocolar das intervenções junto a população, observamos nos espaços compartilhados de trabalho que declarações complicadas e falas violentas têm sido desconsideradas, sob o conforto de categorizar o outro como um ignorante e, portanto, alguém com quem não precisamos construir. É urgente a reapropriação dos espaços de convívio coletivo, do campo das conversações, a reinstalação do conflito nas relações. É se arriscando para fora das palavras de ordem, do ideal, que nos reapropriamos das ferramentas, e fazemos mundos.

Leandro Gonçalves (2018), farmacêutico com quem trabalhei na saúde mental, sintetiza em seu trabalho acadêmico o que experimento ao longo desse processo de pesquisa: “**Esta tese é produto do desejo desmedido**” (p. 16). Aqui comparecem inquietações desde os estágios na graduação em psicologia, os endurecimentos, desestabilizações e reposicionamentos a partir de experiências heterogêneas no campo social. O vivo dos encontros, a vontade de um mundo que é criado e afirmado na imanência, foram as linhas que perseguimos nessa escrita, em um momento no qual a crença em valores universais, a espera pelo milagre da macropolítica, se esgarça. Assumindo os riscos da personalidade, finalizo com uma carta de recomendação de minha ex-coordenadora na

assistência social. Compartilho a carta, escrita das engrenagens da gestão estatal, “do prédio do relógio”, no sentido de visibilizar o que tenho defendido nos espaços coletivos pelos quais tenho passado: é possível, principalmente quando encontramos parcerias afins, problematizar construindo, e construir na diferença. O mundo não está em absoluto perdido ou garantido, mas se fazendo.

*No primeiro trimestre de 2015, vivenciando uma experiência na gestão estadual da então Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos do Rio de Janeiro (SEASDH/RJ) tive a oportunidade de organizar um pequeno processo seletivo para compor a equipe da Subsecretaria de Assistência Social e Descentralização da Gestão. Para a Superintendência de Proteção Social Especial (SPSE), sob minha gestão, foram selecionados quatro profissionais, três assistentes sociais e uma psicóloga. O nome da psicóloga era Diana Malito. O desafio do trabalho era enorme, uma equipe pequena para acompanhar os 92 municípios do estado do Rio de Janeiro na execução da política de assistência social. Designei para a nova psicóloga a região serrana composta de 14 municípios. No dia 10 de Julho de 2015 recebi um relatório desta profissional que guardo até hoje em meus arquivos para lembrar que tipo de pessoa desejo para o serviço público. Tratava-se de um relatório sobre a situação das unidades e serviços do território, que normalmente é padronizado com números gráficos e frases repetidas da legislação social. Mas o de Diana não foi padrão. Não tinha só técnica de escrita, eu li um ser indignado em cada análise de serviço Socioassistencial. Aliás, com o tempo descobri que nada que vem desta (...) e jovem profissional é padronizado. Ainda bem! O final do relatório não tinha nenhuma certeza e sim uma pergunta. Eu não tinha a resposta na época e também não tenho a resposta hoje. Acabei colecionando um monte de dúvidas sobre a política pública e sobre o lugar que ocupo nela. Gostei disso. Gostei das outras perguntas que foram surgindo a cada nova produção de Diana. Me alimentei das intervenções feitas por ela em reuniões de equipe, de gestores. Neste período tive a certeza de que precisamos de mais gente com perguntas incômodas no e para o serviço público. Já em 2015 começamos a vivenciar reflexos de crise no estado o que ocasionava diversos conflitos internos e incertezas dos profissionais. A dignidade, ética e serenidade de Diana sempre me causaram admiração. Confesso que apesar de não trabalhar mais com Diana, acompanho os textos produzidos por ela incluindo as pérolas desaforadas e ao mesmo tempo ternas postadas nas redes sociais (...) daquele jeito bem ácido, puro e destruidor. Espero ter muitas oportunidades de ler a dureza de nossos dias presentes e futuro incerto com os olhos curiosos e a mente mineiramente amorosa de Diana.*

Rio de Janeiro, 29 de novembro de 2017

Diana Delgado



## REFERÊNCIAS:

AGUIAR, Katia Faria de; ROCHA, Marisa Lopes da. Entreatos: percursos e construções da psicologia na rede pública de ensino. **Estud. Pesqui. Psicol.**, v. 10, n. 1, p. 68-84, ago. 2009. Disponível em: <http://www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a06.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2021.

AGUIAR, Katia Faria de. No calor de um lugar: território, subjetividades e poder. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 21, n. 3, p. 581-598, nov. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1984-02922009000300012>. Acesso em: 20 jun. 2021

AGUIAR, Katia Faria de; ROCHA, Marisa Lopes da. Micropolítica e o exercício da pesquisa-intervenção: referenciais e dispositivos em análise. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 27, n. 4, p. 648-663, dez. 2007. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932007001200007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007001200007). Acesso em: 02 jan. 2020.

\_\_\_\_\_. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicologia: Ciência e Profissão** [online], v. 23, n. 4, p. 64-73, dez. 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932003000400010>. Acesso em: 02 jan. 2020.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. Reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, [online], v. 23, n. 6, p. 2067-2074, jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>. Acesso em: 12 jan. 2021.

AKERMAN, Deborah. Infeliz programa: criança feliz é aquela que vive em famílias com proteção social. **V Congresso Brasileiro Psicologia: Ciência e Profissão**, São Paulo: Conselho Federal de Psicologia- CFP. nov. 2018.

BARROS, Regina Benevides. **Grupo: a afirmação de um simulacro**. 3ª ed. Porto Alegre: Sulina, 2013.

BARROS, Regina Benevides; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [online], v. 10, n. 3, p. 561-571, set. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300014>. Acesso em: 28 jun. 2021.

BENTO, Maria Aparecida Silva. Branquitude – O lado oculto do discurso sobre o negro. **Portal Geledés**, 2013. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/branquitude-o-lado-oculto-discurso-sobre-o-negro-cida-bento/>. Acesso em: 30 set. 2020.

BENTO, Maria Aparecida Silva. **Pactos narcísicos no racismo: branquitude e poder nas organizações empresariais e no poder público**. 169 p. Tese (Doutorado) - Departamento de Psicologia da Aprendizagem, do Desenvolvimento e da Personalidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002. Disponível em: [https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-18062019-181514/publico/bento\\_do\\_2002.pdf](https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-18062019-181514/publico/bento_do_2002.pdf). Acesso em: 30 set. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos Humanos. Resolução nº 08, de 14 de agosto de 2019. Dispõe sobre soluções preventivas de violação e garantidoras de direitos aos portadores de transtornos mentais e usuários problemáticos de álcool e outras drogas. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselho-nacional-de-direitos-humanos-cndh/Resoluon8sademental.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2021.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Diário Oficial da União, Brasília, 11 abr. 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/decreto-n-9-761-de-11-de-abril-de-2019-71137316>. Acesso: 23 mar. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social (MDS). **Programa Criança Feliz – Manual do Pesquisador**. Brasília, MDS, jul. 2018. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirmsps/ferramentas/docs/Manual%20do%20Pesquisador%20-%20Crianc%CC%A7a%20Feliz.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome/ Secretaria Nacional de Assistência Social. Nota Técnica SNAS/MDS nº 2, de 11 de maio de 2016. **Relação entre o Sistema Único de Assistência Social – SUAS e os Órgãos do Sistema de Justiça**, Brasília, p. 1-16, 2016.

\_\_\_\_\_. Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social, Brasília, 6 jul. 2011. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Lei/L12435.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12435.htm). Acesso em: 15 jun. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), Brasília, 23 dez. 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 13 mar. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS. Brasília: MDS, 2009. Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/snas/documentos/Orientacoes%20Tecnicas%20-%20Centro%20de%20Referencias%20de%20Assistencia%20Social%20%28CRAS%2922.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2020.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm). Acesso em: 13 mar. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028\\_01\\_07\\_2005.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html). Acesso em: 23 mar. 2021.

\_\_\_\_\_. Norma Operacional Básica do SUAS (NOB/SUAS). Construindo as bases para a implementação do Sistema Único de Assistência Social. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome/Secretaria Nacional de Assistência Social, jul. 2005. Disponível em: <http://www.assistenciasocial.al.gov.br/sala-de-imprensa/arquivos/NOB-SUAS.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2020.

\_\_\_\_\_. Política Nacional de Assistência Social (PNAS/SUAS). Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome/Secretaria Nacional de Assistência Social, nov. 2005. Disponível em: [http://mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Normativas/PNAS2004.pdf](http://mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf). Acesso em: 16 mar. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, 2005. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas). Acesso em: 12 abr. 2021.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, Brasília, 6 abr. 2001 Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm). Acesso: 12 abr. 2021.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências, Brasília, 7 dez. 1993. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8742.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742.htm). Acesso em: 16 mar. 2020.

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL. Bolsa Família, [Online], 2021. Disponível em: <https://www.caixa.gov.br/programas-sociais/bolsa-familia/Paginas/default.aspx>. Acesso em: 10 jan. 2021.

CÉSAIRE, Aimé. **Discurso sobre o Colonialismo**. Lisboa: Sá da Costa Editora, 1978.

COIMBRA, Cecília; FILHO, Manoel Mendonça; MONTEIRO, Ana. Estado Democrático de Direito e Políticas Públicas: Estatal é necessariamente Público? **Psicologia & Sociedade**, [online], v.18, n. 2, p. 7-12, ago. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822006000200002>. Acesso em: 28 jun. 2021.

COIMBRA, Cecília; NASCIMENTO, Maria Livia. Sobreimplicação: práticas de esvaziamento político? **Programa de Pós-graduação em Psicologia – UFF**, [online], Base de Dados, 2005. Disponível em: [https://app.uff.br/slab/index.php/busca/formulario\\_completo/909](https://app.uff.br/slab/index.php/busca/formulario_completo/909). Acesso em: 28 jun. 2021.

\_\_\_\_\_. Ser jovem, ser pobre é ser perigoso? **Janela Central: Olhares Sobre Os Jovens no Brasil**. Revista de Estudios sobre Juventud, México, v. 22, n. 9, p. 338-355, jun. 2005.

COIMBRA, Cecília. **Guardiães da ordem: Uma viagem pelas práticas psi no Brasil do “milagre”**. Rio de Janeiro: Oficina do Autor, 1995.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Relações Raciais: Referências Técnicas para atuação de psicólogas/os. Brasília: CFP, 2017. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/relacoes-raciais-referencias-tecnicas-para-pratica-dao-psicologao/>. Acesso em: 05 de mar. 2019.

\_\_\_\_\_. Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogas(os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial. Brasília: CFP, jul. 2013. Disponível em: [http://crepop.pol.org.br/5800\\_referencias-tecnicas-para-atuacao-de-psicologasos-no-caps-centro-de-atencao-psicossocial-2013](http://crepop.pol.org.br/5800_referencias-tecnicas-para-atuacao-de-psicologasos-no-caps-centro-de-atencao-psicossocial-2013). Acesso em: 01 jun. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2021.

CORALINA, Cora. **Meu Livro de Cordel**. 1. ed. digital. São Paulo: Global, 2012.

COUTO, Mia. **Antes de nascer o mundo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

CRUZ, Nelson; DELGADO, Pedro; GONÇALVES, Renata. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde** [online], v. 18, n. 3, p.1-20, jul. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>. Acesso em: 13 jun. 2021.

DAVID, Emiliano de Camargo; MARQUES, Ana Lucia Marinho; SILVA, Flávia Fernando Lima. Redução de Danos e Racismo. In: SURJUS, Luciana Togni de Lima e Silva; SILVA, Patricia Carvalho. **REDUÇÃO DE DANOS: Ampliação da vida e materialização de direitos**. São Paulo: Ebook Unifesp, 2019. p. 40-45. Disponível em: <https://www.unifesp.br/campus/san7/images/E-book-Reducao-Danos-versao-final.pdf>. Acesso em: 01 maio 2021.

DELEUZE, Gilles; PARNET, Claire. **Diálogos**. São Paulo: Escuta, 1998.

DELEUZE, Gilles. **Conversações**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

DELGADO, Diana.; SENNA, Mônica. Cofinanciamento do SUAS no Estado Do Rio De Janeiro. **Anais do 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**. Espírito Santo: UFES, p.1-17, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22685/15167>. Acesso em: 01 mai. 2021.

DELGADO, Diana. **Gestão financeira e orçamentária do Sistema Único de Assistência Social nos municípios do Rio de Janeiro – quando os recursos “insuficientes” não são utilizados**. 216p. Dissertação (Mestrado) - Escola De Serviço Social, Programa De Estudos Pós-Graduados em Política Social, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2018. Disponível em: <http://politicassocial.uff.br/?download=3850>. Acesso em: 30 mai. 2021.

DELGADO, Pedro Gabriel. Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 Anos da Lei 10.216/2001. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**. Rio de Janeiro, v. 63, n. 2, p.114-121, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v63n2/12.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2020.

DESCARTES, René. **Meditações metafísicas**. São Paulo: Martins Fontes, 2016.

FARIAS, Tom. **Carolina uma biografia**. Rio de Janeiro: Malê. 2ª ed. 2018.

FEDERIC, Silvia. **Calibã e a Bruxa: Mulheres, Corpo e Acumulação Primitiva**. São Paulo: Elefante, 2017.

FERNANDES, Vagner Ribeiro.; FUZINATTO, Aline Mattos. Drogas: Proibição, Criminalização da Pobreza e Mídia. **I Congresso Internacional de Direito e Contemporaneidade**, Rio Grande do Sul: UFSM, p. 1-11, 2012. Disponível em: <http://coral.ufsm.br/congressodireito/anais/2012/4.pdf>. Acesso em: 18 mai. 2021.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 29 ed. In: MACHADO, Roberto. Rio de Janeiro: Graal, 2011.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e Punir**, 36 ed., Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

\_\_\_\_\_. **Segurança, Território e População**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

\_\_\_\_\_. **Em defesa da Sociedade**, 4ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

\_\_\_\_\_. O Anti-Édipo: Uma introdução à vida não fascista. In: Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP. **Cadernos de Subjetividade**, São Paulo: PUC, v. 1, nº. 1, p. 197-200, 1993.

FONSEAS. Fórum Nacional de Secretários(as) de Estado da Assistência Social. **Pesquisa sobre Orçamento e Gestão Financeira do Sistema Único de Assistência Social nos Estados e Distrito Federal**, [Online], 2021. Disponível em: <http://fonseas.org.br/pesquisa-sobre-orcamento-e-gestao-financeira-do-suas/>. Acesso em: 15 mai. 2021.

FUGANTI, Luiz. **Saúde, desejo e pensamento**. São Paulo: Hucitec, 2008.

GONÇALVES, Leandro. **Sobre a história viva do Instituto de Medicina Social**. 264f. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: [http://www.bdt.d.uerj.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=14428](http://www.bdt.d.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=14428). Acesso em: 15 jun. 2021.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. **Micropolítica: Cartografias do desejo**. 8 ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

JESUS, Carolina Maria de. **Diário de Bitita**. São Paulo: SESI-SP editora, 2014.

LACAZ, Alessandra Speranza. Desafios da militância na esquerda: artefatos para a insurgência. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 70, p. 59-74, nov. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v70nspe/06.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2020.

LANCETTI, Antonio. **Clínica Peripatética**. SaúdeLoucura, n.20. Série Políticas do desejo. São Paulo: Hucitec, 2008.

LIMA, Fátima. Bio-necropolítica: diálogos entre Michel Foucault e Achille Mbembe. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 70, p. 20-33, nov. 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v70nspe/03.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2020.

LISPECTOR, Clarice. **Felicidade Clandestina**. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.

\_\_\_\_\_. **A Bela e a Fera**. 2 ed., Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1979.

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

\_\_\_\_\_. Objeto y método del análisis institucional. *El Análisis Institucional*. Madri: Campo Abierto, n. 32, 1977. Tradução: Patrícia Jacques Fernandes e Heliana de Barros Conde Rodrigues.

MBEMBE, Achille. Biopoder soberania estado de exceção política da morte. **Arte & Ensaios Revista do PGAV/EBA/UFRJ**, [online], n. 32, p. 123-151, dez. 2016. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ae/article/viewFile/8993/7169>. Acesso em: 10 dez. 2020.

MONNERATI, Giselle; SOUZA, Rosemary. Da Seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. **Revista Katál.**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 41-49, jun 2011. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rk/a/CfXpmXYLxHNyTnbKfw5HfDH/?format=pdf>. Acesso em: 12 mar. 2021.

NASCIMENTO, Abdias do. **O Quilombismo. Documentos de uma militância pan-africanista**. 3 ed. São Paulo: Editora Perspectiva/ IPEAFRO, 2019.

NERY FILHO, Antonio. Prefácio. In: SURJUS, Luciana Togni de Lima e Silva; SILVA, Patricia Carvalho. **REDUÇÃO DE DANOS: Ampliação da vida e materialização de direitos**. São Paulo: Ebook Unifesp, 2019. p. 4-7. Disponível em: <https://www.unifesp.br/campus/san7/images/E-book-Reducao-Danos-versao-final.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2021.

NICODEMOS, Julio. **Psicanálise, redução de danos e o uso abusivo de drogas: estratégias possíveis diante do impossível**. Curitiba: CRV, 2020.

NOGUERA, Renato. **O Ensino de Filosofia e a Lei 10.639**. Rio de Janeiro: CEAP, 2011.

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virginia. Sobre a validação da pesquisa cartográfica: acesso à experiência, consistência e produção de efeitos. **Fractal: Revista de Psicologia** [online], n. 2, v. 25, p. 391-413, ago. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1984-02922013000200011>. Acesso em: 20 dez. 2019.

PENNA, William. **Escrevivências das memórias de Neusa Santos Souza: Apagamentos e lembranças negras nas práticas psis**. 124 p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2019. Disponível em: [https://app.uff.br/slab/uploads/2019\\_d\\_WilliamPenna.pdf](https://app.uff.br/slab/uploads/2019_d_WilliamPenna.pdf). Acesso em: mar. 2020.

RIBEIRO, Djamila. **Quem tem medo do feminismo negro?** São Paulo: Cia. das Letras, 2018.

ROSE, Nikolas. Governando a alma: a formação do eu privado. In: SILVA, Tomaz Tadeu. **Liberdades Reguladas – A pedagogia contrutivista e outras formas de governos do eu**. Petrópolis: Editora Vozes, 1998.

SANTOS, Abrahão de Oliveira. Saúde Mental da População Negra: uma perspectiva não institucional. **Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as**, [online], n. 10, v. 24, p. 241-259, fev. 2018. Disponível em: <https://abpnrevista.org.br/index.php/site/article/download/583/469/>. Acesso em: 20 jun. 2020.

SCHUCMAN, Lia Vainer. O que o 'medo branco' tem a dizer sobre lugar de fala, raça, Beyoncé e cancelamento. **Folha de São Paulo**, 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/ilustrissima/2020/08/o-que-o-medo-branco-tem-a-dizer-sobre-lugar-de-fala-raca-beyonce-e-cancelamento.shtml>. Acesso em: 01 nov. 2020.

SEASDH, Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos; SASDG, Subsecretaria de Assistência Social e Descentralização da Gestão. **Acompanhamento Familiar na Política de**

**Assistência Social uma proposta de metodologia para o Estado do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro: SEASDH/SASDH, s/a.

SILVA, Débora de Souza. **Gênero e assistência as usuárias de álcool e outras drogas: tratamento ou violência?** 97f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro, 2005.

SIQUEIRA, Domiciano. A Política de Redução de Danos no Brasil e os Direitos Fundamentais do Homem. **(Em)Cena: A Saúde Mental em Movimento**, jan. 2013. Disponível em: <http://ulbrato.br/encena/2013/01/23/A-politica-de-Reducao-de-Danos-no-Brasil-e-os-direitos-fundamentais-do-homem>. Acesso em: 01 abr. 2021.

VASCONCELOS, Caê. Carolina Maria de Jesus, a escritora que ainda precisa ser conhecida e reconhecida. **Ponte**, mar. 2020. Disponível em: <https://ponte.org/carolina-maria-de-jesus-a-escritora-que-ainda-precisa-ser-conhecida-e-reconhecida/2020>. Acesso em: 31 out. 2020.