

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
Programa de Pós-graduação em Psicologia
Subjetividade e Clínica

PAULA MARQUES Klier MONTEIRO

A FORMAÇÃO QUE DÁ TRABALHO

A pesquisa GAM como estratégia de desmedicalização da demanda inicial e a aposta na coletivização do trabalho

NITERÓI -RJ
Março de 2022

PAULA MARQUES Klier MONTEIRO

A FORMAÇÃO QUE DÁ TRABALHO

A pesquisa GAM como estratégia de desmedicalização da demanda inicial e a aposta na coletivização do trabalho

Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Subjetividade e Clínica da Universidade Federal Fluminense como parte dos requisitos necessários à obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração: Estudos da Subjetividade. Linha de pesquisa: Subjetividade e Clínica.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Passos

NITERÓI -RJ
Março de 2022

FICHA CATALOGRÁFICA

PAULA MARQUES Klier MONTEIRO

A FORMAÇÃO QUE DÁ TRABALHO

A pesquisa GAM como estratégia de desmedicalização da demanda inicial e a aposta na coletivização do trabalho

Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Subjetividade e Clínica da Universidade Federal Fluminense como parte dos requisitos necessários à obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração: Estudos da Subjetividade. Linha de pesquisa: Subjetividade e Clínica.

Aprovado em:
BANCA EXAMINADORA

Eduardo Passos

Profº. Drº. em Psicologia - UFF

Beatriz Adura

Profª. Drª em Psicologia - UFF

Letícia Maria Renault de Barros

Drª em Psicologia - Universidade de Coimbra

Maura Lima Bezerra e Silva

Drª. em Psicologia - UFF

NITERÓI -RJ
Março de 2022

*“Pois existe a trajetória, e a trajetória não é apenas um modo de ir. A trajetória
somos nós mesmos. Em matéria de viver, nunca se pode chegar antes.”*
Clarisse Lispector

SALVE

Fui muitas paulas diferentes nesse percurso e todas elas foram amparadas por diversos cenários, pessoas e contextos. Gostaria aqui de deixar meu salve de agradecimento a todos que contribuíram de algum modo para a conclusão deste trabalho.

Da primeira família em que nasci:
Dona Angela, Seu Zé, Mana Ana, Marcellita.

Das outras famílias em que nasci:
Daqueles que me auxiliaram a concluir o trabalho: Edu, Ana Damásio, Juliana Chaves, Thais Knust, Felipe Fernandes, Simone, Alda, Madalena, Andressa.
Obrigada pela leitura paciente do meu texto, pelas indicações de pesquisa, pelos telefonemas de acolhimento e as conversas sempre produtivas.
A todo o pessoal do grupo *Enativos* e também ao pessoal da *Roda de Orientação Coletiva*.

Do pessoal do trabalho: Débora Franco, Raisla Monique. Obrigada pelo espaço de escuta e acolhimento, pelas trocas e a possibilidade de aprender sempre mais.

As clínicas que trabalhei e que garantiram a possibilidade financeira de estar em Niterói, *CDH* e *CP*.

Daqueles que desde sempre me apoiaram a fazer o mestrado: Roberto, meu vizinho de frente com vinte anos de distância. Vitor Hugo, uma das pessoas com quem mais aprendi sobre Psicologia, embora não sendo dessa área propriamente. Thaís Tamiozzo, Bia e Renata Louzada, pessoas que vibraram comigo quando passei na seleção.

Das famílias que formei ao morar aqui em Niterói: Maritssa, Pedro, Túlio, Marcelle, Thalita, Heloisa, morar junto também é espaço de formação, portanto, obrigada pelas trocas!

Dos amigos que encontrei: Paula Pereira, Wlad, Paula Azevedo, Raquel, Angelica. Obrigada por contribuírem com minha territorialização nessa cidade tão nova e que com vocês ficou muito mais convidativa.

A Sarah Rocha, trenzinho lindo.

A todos que eu acompanhei nesses dois anos e alguns meses, enquanto Psicóloga, vocês me provocam a me movimentar sempre trazendo questões que me fazem lembrar o porquê escolhi essa profissão e o porquê de continuar estudando, aprendi muito exercendo esse trabalho e ainda tenho muito o que aprender.

À todos trabalhadores e usuários que participam do grupo na Zona Oeste.

Principalmente, a todos aqueles que são desviantes da norma e que me fazem sentir acompanhada no caminho do desvio.

Estamos juntas!

RESUMO

O objetivo deste trabalho de dissertação é apresentar a experiência de pesquisa-intervenção participativa da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) no território da Zona Oeste do Rio de Janeiro. A pesquisa GAM nasce no Canadá e se apresenta como uma pesquisa-intervenção participativa em que se coloca em consideração o protagonismo do saber do usuário de medicação na construção da gestão do uso. Emprego a metodologia de pesquisa cartográfica e sigo indicações trazidas por discussões teórico-práticas que fazem reflexão crítica no que concerne ao campo da saúde mental e a produção subjetiva em decorrência da temática sobre desinstitucionalização. Trago minhas considerações, a partir da problemática do excesso de prescrição medicamentosa, colocando em questão o processo de trabalho precarizado dos cuidadores da saúde. A relevância deste estudo consiste na formação de um grupo e a possibilidade de falar sobre as demandas do trabalho, em uma troca com diferentes saberes, favorecendo a criação de subsídios que orientem a prática e o trabalho em equipe.

Palavras-chave: GAM, prescrição medicamentosa e trabalho em equipe.

ABSTRACT

The goal of this master's dissertation is to present the experience of the participatory research-intervention of the Autonomous Medication Management (GAM) in Rio de Janeiro's West Zone (Zona Oeste). The GAM research is originally from Canada and presents itself as a participatory research-intervention in which the user's experience with the drug is put in the center of the management of its use. I use the cartography methodology and I follow the orientations brought by theoretical and practical discussions which make a reflection of the mental health field and the subjective production within the theme of deinstitutionalization. I analyze the problem of the excessive prescription of drugs focusing on the precarious work process of health workers. The importance of this study is the idea to create a group to discuss work demands and exchange knowledge from different areas of expertise to collect data to guide practices and teamwork.

Keywords: GAM, drug prescription, team work.

SUMÁRIO

APRESENTANDO A CAMINHADA	11
1 UM CAMPO QUE PROCURA UM CAMPO	16
1.1 A pesquisa-intervenção, o acesso à palavra e o rearranjo do lugar de escuta	16
1.2 Os usos da palavra no processo de definição do “como vamos trabalhar?”	29
2 QUANDO COMEÇA A GAM?	39
2.1 O fazer em pandemia e o rearranjo do lugar da pesquisa	39
Memória 09 de Março de 2021.	45
Memória 23 de Março de 2021.	50
Memória 13 de Abril de 2021.	52
Memória 17 de novembro de 2021.	54
2.2 Desmedicalizar a demanda e o trabalho que se sustenta para isso, e a partir disso, é um trabalho de formação?	56
3 O CUIDADO É TRABALHO	76
3.1 - A experiência é o campo.	76
3.2 - Trabalho é colaboração	89
PARA CONTINUAR PESQUISANDO	103
REFERÊNCIAS	106

APRESENTANDO A CAMINHADA

Gostaria de fazer o convite a leitura desse trabalho que tens em mãos, e/ou em tela. Este trabalho é parte-fragmento do caminhar que fiz no mestrado. Quero convidar à leitura afirmando que esse é um texto-fragmento. E o que quero dizer com isso? Bom, um texto-fragmento é o que a palavra diz em seu sentido literal, ou seja, um texto-fragmento não é todo. É um texto reivindicatório do que não é universal e que é, portanto, parcial.

Digo isso, pois não tenho a pretensão de dizer tudo que aprendi nesse um pouco mais de dois anos. Dizer tudo é impossível, então, para dar conta dessa grande tarefa que é o mestrado, irei me valer das pequenezas. Quero responder ao grande com um pequeno. Aposto na dúvida, na incompletude, nos pequenos momentos, nas falas dos usuários e dos trabalhadores, naquilo que em sua pequenezas mostra sua fragilidade, pois assim como Preciado (2018), reivindico a fragilidade por acreditar que é por aí que a revolução opera.

Dito isso, este trabalho nasceu das provocações inquietantes acerca do campo da saúde mental. Os primeiros contatos que tive com a saúde mental aconteceu na graduação em Psicologia na cidade de Volta Redonda, interior do Rio de Janeiro. Na época, me aproximei do campo da saúde mental por estar implicada com as discussões dos movimentos sociais da região. E também, somando a isso, por me contagiar com as pesquisas e os trabalhos de algumas professoras que fizeram suas trajetórias implicadas nesse campo. Desse modo, comecei a participar de organizações coletivas que pensavam a luta antimanicomial. Ainda no início da graduação tive a oportunidade de estar no campo produzindo pesquisa junto aos usuários de medicação psiquiátrica. Foi assim, no ano de 2016 que conheci a ferramenta de Gestão Autônoma da Medicação (GAM) e trabalhei-pesquisei com ela desde então.

O surgimento do grupo GAM acontece no Canadá (ONOCKO CAMPOS *et al*, 2012). A sua criação parte dos usuários de medicação psiquiátrica com o objetivo de ser um grupo que se dedicava a pensar o uso da medicação, gerando condição coletiva de apropriação das decisões acerca de suas

próprias medicações. O que há de comum em todas as experiências GAM é que o tema da medicação é um disparador para pensar direitos humanos, construção de redes sociais, cuidado em saúde mental e a possibilidade de se constituir movimentos sociais que se reúnam em torno das causas levantadas. Sendo assim, o grupo GAM não é apenas um dispositivo de acompanhamento medicamentoso que o serviço de saúde pode oferecer, ele se apresenta como um grupo de discussão e pesquisa onde se partilham os diversos e diferentes sentidos que o tratamento psicofármaco e o cuidado em saúde mental podem performar. Afetado por esses atravessamentos o grupo pode ter efeitos clínicos.

Utilizando uma abordagem grupal, a estratégia GAM no Brasil favorece modos de cogestão, trabalhando coletivamente temas como cidadania e autonomia (PASSOS, OTANARI, EMERICH, GUERINI, 2013b). A proposta GAM é a formação de um grupo junto aos usuários e trabalhadores de um serviço de saúde para discutir a gestão autônoma da medicação. A metodologia na qual se pauta essa pesquisa, nós a definimos como metodologia de pesquisa-intervenção participativa. Ela se faz em um grupo que é ao mesmo tempo dispositivo de cuidado e de pesquisa, mas todos os participantes desse grupo são tomados como pesquisadores.

A participação dos sujeitos envolvidos na pesquisa é um modo de garantir seu protagonismo no processo de produção de conhecimento. Neste sentido, as pesquisas participativas e colaborativas possuem a capacidade de reunir os saberes e as competências dos diferentes atores. (PASSOS *et al*, 2013b, p. 2921)

A proposta GAM são rodas de conversa semanal em que nós utilizamos como norteador um Guia, um livro impresso que é dividido em passos, abordando temas que atravessam as atividades da vida cotidiana, as relações que estabelecemos com outras pessoas, os exercícios de cidadania até, por fim chegar ao tema da medicação, propriamente dito. O grupo tem origem num questionamento importante acerca dos medicamentos. A hipótese da qual parte a pesquisa GAM é de que a reforma psiquiátrica brasileira deixa, como um resquício impensado, a medicalização da vida. O

que faz com que se permaneça de alguma forma a saúde mental vinculada à lógica manicomial. No Brasil, a Reforma Psiquiátrica possibilitou uma transição do modelo hospitalocêntrico para um modelo de saúde mental comunitária.

Ampliou, assim, o campo da clínica, qualificando a atenção como psicossocial, redefinindo o sentido de saúde na fronteira entre o individual e o coletivo. Entretanto, mesmo nesse contexto, o tratamento farmacológico segue amplamente privilegiado, e de modo acrítico. Muitas vezes, o tratamento em saúde mental está reduzido aos psicotrópicos, e a comunicação entre os profissionais de saúde e usuários sobre o tratamento é deficiente. (ONOCKO-CAMPOS *et al*, 2012, p. 968)

No que tange à questão da autonomia, questão central para luta antimanicomial, e sua relação com a medicação pode-se destacar como proposta da GAM a noção de co-gestão, ao invés de se pensar a autonomia como independência. A medicação excessiva dos usuários, dentro dos serviços de saúde mental, engendra a perda de autonomia. Na pesquisa GAM, como a própria saúde mental, no contexto brasileiro, a autonomia não significa independência, significa ampliação das redes de co-dependência (TYKANORI, 1996). A impossibilidade de construção da autonomia, opera portanto, na lógica manicomial. A GAM coloca questão importante que relaciona lógica manicomial com a medicação excessiva. O que sugere que o problema da medicação excessiva é o ponto não reformado da reforma psiquiátrica (SUGIMOTO, 2012). Há uma centralidade das ações de cuidado em saúde que se referem a prescrição medicamentosa.

O texto que segue tem sua confecção iniciada no final de 2019 e aborda inicialmente questões teóricas acerca de como produzir pesquisa-intervenção participativa, prossegue abrindo um diálogo de discussão com a área do trabalho, apresenta algumas memórias do campo, coloca em questão a relação de gênero no trabalho de cuidado e finaliza afirmando que GAM pode ser uma ferramenta importante ao pensar a Educação Permanente em Saúde. O fio condutor que perpassa todo o texto é a problemática de produzir coletivo, o que se torna uma grande questão no decorrer do ano de 2020, pois é o ano em que

se iniciam as medidas restritivas em decorrência da pandemia do COVID-19 e impactam diretamente a área da saúde. Então, o texto carrega uma questão: há ainda possibilidade de coletivização? O que aponto como saída para este problema, do fazer pesquisa em saúde pública em tempos de pandemia, é a produção de um trabalho de cuidado com os trabalhadores. A proposta que apresento e que identifica o salto da pesquisa para o trabalho de cuidado com os trabalhadores é sustentando uma hipótese de que a prescrição medicamentosa é resultado de um processo de trabalho muitas vezes precarizado e sucateado. Dessa forma, o ponto não reformado e o problema da medicação excessiva tem relação com o processo de trabalho. O que quero trazer é como a estratégia GAM pode contribuir com esse debate.

A aposta metodológica desse trabalho se baseia nas pistas do método cartográfico, segundo Passos e Barros o método cartográfico implica uma inversão do modo usual de método.

O desafio é o de realizar uma reversão do sentido tradicional de método – não mais um caminhar para alcançar metas prefixadas (metá-hódos), mas o primado do caminhar que traça, no percurso, suas metas. A reversão, então, afirma um hódos-metá. A diretriz cartográfica se faz por pistas que orientam o percurso da pesquisa sempre considerando os efeitos do processo do pesquisar sobre o objeto da pesquisa, o pesquisador e seus resultados. (PASSOS e BARROS, 2009, p.17)

O disparador do processo foi apresentar uma proposta de formação coletiva com os trabalhadores da Zona Oeste do Rio de Janeiro. A função principal de constituição do grupo foi promover rodas de debate para a apropriação do dispositivo de Gestão Autônoma da Medicação (GAM) por parte dos trabalhadores da zona oeste. A GAM tendo como direcionamento o trabalho com os usuários de medicamentos psicotrópicos e por ser praticado de forma coletiva de modo dialogado e compartilhado, é necessário que os trabalhadores conheçam a estratégia GAM e se apropriem inicialmente da teoria que perpassa tal dispositivo.

O grupo teve como objetivo produzir debates e trazer estudos recentes sobre a GAM, a fim de que ao final dos encontros os trabalhadores se sintam

iniciados e apresentados a esse dispositivo. A intenção foi apresentar o dispositivo GAM como estratégia que propõe caminhos possíveis para enfrentar o problema da medicalização como prática central no cuidado em saúde mental e então despertar interesse nos trabalhadores apostando que ao final dos encontros os mesmos se sintam mais apropriados dessa estratégia e possam fomentar as discussões e a criação de dispositivos GAM nos serviços que estão alocados.

Podemos destacar alguns efeitos que foram disparados em decorrência a produção desses debates: como a multiplicação de dispositivos GAM no território da Zona Oeste; e a ampliação do debate, que inicia-se com trabalhadores, mas não se restringe a eles, ao final do processo o grupo já contava com diferentes categorias debatendo as temáticas propostas pela estratégia GAM entre eles: usuários, trabalhadores de nível central e trabalhadores da ponta.

A partir do fortalecimento dos debates entre os trabalhadores, usuários e pesquisadores e a percepção delas e deles enquanto grupo questionador possibilita que se estabeleçam vias de comunicação que fortalecem o grupo e constroem espaços e metodologias possíveis que se interrogam sobre o uso de medicamentos e processos de trabalho. Essa é uma disputa permanente em defesa da promoção de saúde como direito de todos e assim é possível pensar na garantia dos princípios básicos que estruturam o Sistema Único de Saúde. Vamos lá?

1 UM CAMPO QUE PROCURA UM CAMPO

1.1 A pesquisa-intervenção, o acesso à palavra e o rearranjo do lugar de escuta

Adentrar um mestrado é evidentemente iniciar a possibilidade de se tornar um pesquisador. A maneira pela qual iniciamos esse percurso é, portanto, produzindo pesquisa. Ou seja, a possibilidade de se tornar um pesquisador é acessada à medida que se pode trilhar este caminho. Trilhar um caminho possibilita marcar por onde passa aquilo que se produz. Somos aquilo que produzimos e em especial aquilo que produzimos em conjunto. Agir e intervir no campo produz pesquisa e inventa modos de acesso a algo que diz respeito às relações e identificam o meio.

Para iniciar a discussão sobre quais modos de acesso inventamos quando produzimos pesquisa é necessário apropriar-se do que se apresenta como cenário e cria condições de existência para ela. São, dentre algumas condições, as essenciais; aquele que pesquisa, aquele que é pesquisado, a relação que eles mantêm entre si e com o meio, o espaço físico (agora virtual) que é partilhado no momento de produção de conhecimento. A intencionalidade da produção de conhecimento vem em direção a dissolução destes papéis pré-estabelecidos, para emergir de modo a vir à tona o ser-comum.

Este é o sentido, aqui posto, de uma pesquisa-intervenção: alterar os padrões comunicacionais em determinada realidade institucional significa intervir sobre esta realidade aumentando seu grau de abertura, em outras palavras, deixando vir à tona o ser-comum que nela insiste como o plano do qual ela emerge enquanto realidade efetuada, instituída, formada. (PASSOS e EIRADO, 2009, p.117)

Nesta pesquisa, em específico, minha tarefa se inclina a pensar a produção de conhecimento e conseqüentemente a produção de pesquisa associada de fato a uma elaboração reflexiva acerca do cenário real. Como produzir pesquisa engajada na modificação dos processos enrijecidos dentro do atual cenário?

Felizmente tive a sorte de produzir pesquisa pela primeira vez junto aos usuários de medicação psiquiátrica num projeto que utiliza da pesquisa-intervenção participativa como norteador metodológico. Faz-se necessário uma breve contextualização sobre a pesquisa intervenção e de que maneira é utilizada enquanto metodologia para a GAM. Primeiramente devemos dizer que, como afirmam Barros e Passos (2009), toda pesquisa é intervenção. Para defender esse posicionamento, os autores escrevem:

Defender que toda pesquisa é intervenção exige do cartógrafo um mergulho no plano da experiência, lá onde conhecer e fazer se tornam inseparáveis, impedindo qualquer pretensão à neutralidade ou mesmo suposição de um sujeito e de um objeto cognoscentes prévios à relação que os liga. Lançados num plano implicacional, os termos da relação de produção de conhecimento, mais do que articulados, aí se constituem. Conhecer é, portanto, fazer, criar uma realidade de si e do mundo, o que tem consequências políticas. (BARROS E PASSOS, 2009, p. 30)

Esse método, pressupõe uma orientação do trabalho do pesquisador que não se faz de modo prescritivo, por regras já prontas nem com objetivos previamente estabelecidos. No entanto, assim como escrevem os autores, há pistas que orientam o percurso da pesquisa. A ideia, portanto, não é ter um direcionamento prévio à realização da pesquisa, mas sim, construir um caminho metodológico a partir das pistas do percurso.

A diretriz cartográfica se faz por pistas que orientam o percurso da pesquisa sempre considerando os efeitos do processo do pesquisar sobre o objeto da pesquisa, o pesquisador e seus resultados. (BARROS E PASSOS, 2009, p.17)

Em pesquisa-intervenção se prevê que conhecer e fazer se tornam inseparáveis, justamente porque para conhecer é preciso construir junto. A metodologia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) se pauta na construção de um grupo a partir do serviço de saúde, que é ao mesmo tempo dispositivo de cuidado e de pesquisa e que todos os participantes desse grupo são tomados como pesquisadores. O que une a GAM com a

pesquisa-intervenção é que ambos vão entender que tanto o pesquisador quanto o usuário vão ser protagonistas nessa produção de conhecimento. O protagonismo e o conhecimento como criação são as bases metodológicas tanto da GAM quanto da pesquisa-intervenção.

Se o método é o da intervenção, orientando um trabalho de pesquisa que diremos pesquisa-intervenção (já que é insuficiente para nós a noção lewiniana de pesquisa-ação), a direção de que se trata nesse método é aquela que busca aceder aos processos, ao que se passa entre os estados ou formas instituídas, ao que está cheio de energia potencial. (PASSOS e BENEVIDES, 2009, p.20)

O que a ferramenta provoca e suscita é um resgate aos princípios que norteiam a lógica da rede de atenção substitutiva. Ou seja, o que se recolhe da utilização da ferramenta GAM é resultado de um reordenamento do campo assistencial de saúde mental no âmbito público. A metodologia GAM está em sintonia com a clínica da reforma psiquiátrica e, portanto, é delineada pelo conceito de autonomia, propiciada pelo fomento das discussões sobre direitos dos usuários, sendo proposta por uma ampliação das redes de apoio, bem como o protagonismo e participação cidadã desses usuários.

A participação dos sujeitos envolvidos na pesquisa é um modo de garantir seu protagonismo no processo de produção de conhecimento. Neste sentido, as pesquisas participativas e colaborativas possuem a capacidade de reunir os saberes e as competências dos diferentes atores. (PASSOS et al, 2013b, p.2921)

Importante destacar, a fim de localizar o leitor que a sigla GAM quer dizer Gestão Autônoma de Medicação e nesse trabalho/texto pode ser usado quando estamos nos referindo ao Guia que o grupo utiliza para a discussão dos temas e leitura, nesse caso, o GAM seria uma ferramenta metodológica. No entanto, também pode ser usado quando estamos nos referindo ao dispositivo GAM, nesse caso se refere a rede que se estabelece entre os discursos, o serviço, as relações de hierarquia, as regras de funcionamento. Desse modo, o GAM como dispositivo tem uma função estratégica que se inscreve em conjunto e em relação e se atualiza no grupo. No decorrer dos encontros o manejo do grupo é desenhado para acessar a experiência coletiva

de enunciação através de experiências singulares. O que quero destacar do uso do dispositivo GAM e trazer para o debate nessa apresentação é que

Colocar em palavras a ação de usar os medicamentos não é apenas a transmissão de uma informação; é também a emergência de uma experiência mais autônoma e de uma transformação de si e do mundo. (SADE *et al*, 2013, p.2817)

Construir sentido passa por transformar a si e o mundo. Quando o usuário fala sobre seu projeto terapêutico e processo de cuidado está se apropriando dele e inventando sentido. A aposta que temos é que o sentido que se inventa em coletivo, proporciona um reposicionamento dos usuários, dos trabalhadores e dos pesquisadores. A apropriação inventa, cria sentido, mundos e corpos. Sendo assim, apropriar-se não é transmissão de informação e não responde a uma lógica do que é verdade positivista.

Chamando Donna Haraway para a conversa, corporificação é prótese significativa (HARAWAY, 1995). Iremos utilizar disso para pensar que se apropriar é corporificar, movimento de criação de próteses. Dito isso, iremos iniciar uma conversa sobre tecnologias de subjetivação, pois o movimento de criar sentido, mundos e corpos está intimamente ligado à produção de subjetividade.

A estratégia GAM se interroga sobre a experiência como um todo, tal como a pesquisa-intervenção, mas principalmente sobre a relação do sujeito com o uso da medicação psiquiátrica e se constitui no acesso à palavra. No âmbito da saúde mental a clínica se configura a partir dos pressupostos da reforma psiquiátrica. A reforma psiquiátrica como movimento de articulação social e coletivo traz à cena o caráter democrático de pensar o cuidado a partir da organização de uma rede substitutiva aos espaços asilares do hospital psiquiátrico. Essa rede só pode ser garantida mediante os princípios básicos do SUS, que articulam na saúde mental uma maneira compartilhada de produção de cuidado. Universalidade, integralidade e equidade são possibilitados pela descentralização da gestão compartilhada. Dessa maneira a reforma psiquiátrica só funciona a partir da democracia e da democratização dos espaços de deliberação.

Nesse ponto, é importante pontuar a autonomia do próprio dispositivo GAM que na realidade brasileira acessa os serviços de saúde através das universidades. O dispositivo GAM não responde a uma lógica estatal que rege a saúde. Isso se faz importante agora, pois a propagação dos princípios que fundam a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) podem ficar conectados à institucionalização do ordenamento e funcionamento dos serviços e da rede de atenção substitutiva. Quando há uma alteração no governo e as portarias sofrem modificações, a garantia dos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira está na reverberação do trabalho que já foi feito. A garantia é uma aposta no trabalho da ponta, ou seja, os trabalhadores da base produzem esse direcionamento coletivo quando se apropriam dos conceitos e da lógica da RPB. O dispositivo GAM opera dentro desses conceitos e tem esse direcionamento que, como disse, não se dá por uma transmissão, mas por um processo de criação de si e do mundo. Essa criação é transformadora e formadora. A experiência GAM traz à cena a possibilidade de criação através da apropriação do próprio processo de cuidado. A perspectiva criadora é a perspectiva formadora, isso contribui não só para os usuários, mas também para formação em saúde pública, para educação permanente dos trabalhadores e também para formação de uma pesquisadora.

Para questionar os processos enrijecidos e fazer um convite à reflexão, precisamos adentrar de forma bibliográfica, física e agora também, virtual, o campo que se materializa no cotidiano do serviço. O modo participativo de produção de conhecimento nessa pesquisa, em particular, produz sentido à medida que articulado com o campo prático. Já que a pesquisa GAM é produzida junto aos usuários de saúde mental, e tem por efeito a produção de autonomia, gera impactos não só nos processos de subjetivação dos usuários, mas também nas relações dentro do serviço.

Produzir pesquisa é sem dúvida provocar e produzir transformações no mundo, em principal nas relações de opressão, questão central para esse estudo que aqui iniciamos. A estratégia GAM pressupõe uma provocação das forças que constituem as instituições e as lógicas que reproduzem e perpetuam nas relações de opressão. Por estarmos direcionados à produção de

autonomia é necessário abordar os processos libertários de constituição do sujeito. Como é possível produzir transformação? Como a intervenção pode ser construída para ser maior que ela mesma? Com isso quero dizer que a intervenção não se esgota no acontecimento, produzindo reverberações, inclusive efeitos clínicos.

Evocando a perspectiva transformadora/formadora da pesquisa-intervenção, podemos pensar que ela se dá a partir do desenrolar de um contexto que, por sua vez, não pode ser nem intelectualismo exacerbado nem ativismo sem base teórica. Isto pois, o intelectualismo exacerbado se encerra nele mesmo e não provoca modificação. Opera pela via da retórica caindo, portanto, em academicismo e reproduzindo a lógica de que o pesquisado é objeto, "assujeitando" os usuários de saúde mental. Reproduzir essa lógica é ir na contramão da produção de conhecimento. Sendo assim, o que garante o caráter participativo da pesquisa, ou em outras palavras, o que garante que a pesquisa seja maior que ela mesma. Configura-se de forma a priorizar a experiência daquele que faz o uso da medicação, não somente a experiência singular, mas sobretudo a experiência compartilhada. Pressupor a garantia de um direito como, por exemplo, o acesso à medicação, sem participação, reflexão e ação daqueles que utilizam diretamente o direito, é agir em consonância a uma tutela e em última instância a uma dominação. O segundo, o ativismo sem base teórica também pode se encerrar nele mesmo, visto que, é a reflexão e a elaboração que cria campo de sustentação para as ações. Forma-se, portanto, uma sequência lógica. A produção de conhecimento precisa estar articulada com as práticas no cotidiano dos serviços e para isso é necessário intervir. O conhecer pode ser acessado a partir da intervenção. Nesse sentido, Kastrup e Passos (2013) colocam o ato de conhecer como criador de realidade.

Partimos do pressuposto de que o ato de conhecer é criador da realidade, o que coloca em questão o paradigma da representação [...] Ter um mundo às mãos é comprometer-se ética e politicamente no ato do conhecimento. É intervir sobre a realidade. É transformá-la para conhecê-la. Há uma dimensão da realidade em que ela se apresenta como processo de criação, como poiesis, o que faz com que, em um mesmo movimento, conhecê-la seja participar de seu

processo de construção. (KASTRUP e PASSOS, 2013, p. 264)

A intervenção necessita ser uma estratégia de participação que garanta, não apenas a participação propriamente dita, mas também, que possibilite um modo de fazer participativo. Para isso, nesta pesquisa o que se configura como central no modo de fazer participativo é a priorização do diálogo. Somente através do diálogo é possível a formação de um coletivo crítico.

Para fazer esse debate Kastrup e Passos (2013) trazem a problemática da configuração de um plano comum, considerando a formação deste pelas diversas linhas de atravessamento, evidenciando que a constituição do plano comum não se dá pela homogeneidade e sim opera entre singularidades heterogêneas. Continuando nossa conversa é importante pontuar que vamos utilizar como efeito de contração de um grupo, o diálogo crítico, esse é meio, e ao mesmo tempo efeito disso que retroalimenta esse sistema que na pesquisa intervenção chamamos de contração de grupalidade. Contrair grupalidade é formar um coletivo que opera em uma proposta não-binária, ou seja, ir na contramão das forças que sugerem, nesse grupo, um jogo já conhecido entre usuários de saúde mental versus trabalhadores da rede, ou então entre alunos versus professores. Formar um grupo compreende pensar os sujeitos atravessados por inúmeras linhas de subjetivação que se implicam de maneiras diferentes no coletivo que se forma e estabelecem singularidades diversas. Dessa forma, produzir pesquisa é acessar aquilo que se configura em comunhão. Feito essa elaboração se faz necessário um estudo das relações que permeiam a produção da pesquisa.

Para fazer esse debate é importante localizar que o problema da escolha de uma metodologia pautada no diálogo crítico evoca a questão da neutralidade. A neutralidade científica pressupõe a busca e acesso à verdade, acesso daquilo que é verdadeiro, essencialmente bom e correto. O que se configurou a partir das discussões feitas aqui sobre a relação entre a pesquisa intervenção e o acesso à palavra, é que se faz necessário, também, um estudo das relações. As relações são produzidas por enunciados e discursos. O enunciado científico pressupõe uma concepção específica do que é verdade

mas seria errôneo pensar que os relatos embasados numa técnica são fidedignos, verdadeiros ou reais. A ciência positivista também seleciona o que é verdadeiro e o que é falso. No entanto, nem tudo que é praticável, para ciência, é tomado como verdadeiro. Os métodos de análise e avaliação passam por transformações históricas e, à medida que essas transformações acontecem, os métodos podem vir a não funcionar tão bem quanto antes. As mudanças sociais exigem os saltos científicos.

A disputa pelo que é verdade não é meramente uma disputa do conhecimento versus a ignorância, a disputa é também política. Ela esconde em seu interior as forças que estão em jogo e as verdades que essas forças defendem. (FOUCAULT, 2009, p. 10)

O cenário da produção científica positivista toma como não problemático a tomada dos objetos de conhecimento. Para nós, esse é um ponto central: conhecer pressupõe a produção de um sujeito a partir das relações e discursos. Faz-se necessário compreender que a objetificação é permeada por relações onde o usuário de saúde mental é restituído ao seu lugar de sujeito. Os enunciados que definem e/ou mapeiam os usuários são designados a partir daquilo que se fala sobre eles, sobre suas medicações, sobre a gestão de suas vidas, sobre suas práticas e atuações.

O discurso é um veículo de poder e objeto de desejo, assim, Foucault (2009) o qualifica em *A Ordem do Discurso*. O autor irá usar como exemplo o discurso sobre o louco, que é regido por um princípio de exclusão. A loucura, segundo Foucault, é aquilo que marca a separação entre quem pode e quem não pode falar. O discurso do louco fica recluso, rejeitado, não se partilha daqueles delírios. No entanto, essa rejeição constitui um lugar para ele, o lugar do louco e dessa maneira ele pode ser aceito, desde que seja rotulado, no lugar daquele que não pode dizer sobre seu próprio desejo.

Há na nossa sociedade outro princípio de exclusão: não um interdito, mas uma partilha e uma rejeição. Penso na oposição da razão e da loucura. Desde os arcanos da Idade Média que o louco é aquele cujo discurso não pode transmitir-se como o dos outros: ou a sua palavra nada vale e não existe.... Ou, como reverso de tudo isto, e por oposição a outra palavra qualquer, são-lhe atribuídos estranhos poderes: o de dizer uma verdade oculta, o de anunciar o futuro... Mas,

basta pensar em tudo isso para suspeitar que a partilha, longe de se ter apagado, se exerce de outra maneira, através de linhas diferentes, por intermédio de novas instituições e com efeitos que não são já os mesmos. E mesmo quando o próprio papel do médico é apenas o de escutar com atenção uma palavra, por fim, livre, é sempre a partir da manutenção da censura que se exerce a escuta. Escuta de um discurso que é investido pelo desejo, e que se julga a si mesmo — pela sua maior exaltação ou maior angústia — possuído de terríveis poderes. (FOUCAULT, 2009, p.13)

São esses os múltiplos discursos que sustentam um tipo de visibilidade para com os usuários e embasam práticas concretas. Práticas contínuas e continuadas, nesse sentido é possível pensar a prática que é maior que ela mesma, aquilo que não se pode colocar em palavras, mas opera num jogo entre discurso e visibilidade. O discurso que é a ferramenta com a qual nos expressamos é algo muito maior que apenas um conjunto de ideias que passam nas nossas cabeças. Elas caracterizam um campo político de disputa, por isso Foucault coloca em questão as diversas maneiras que nossa sociedade arquitetou e produziu discursos de verdade e como esses discursos modulam modos de subjetivação.

A pesquisa-intervenção tendo como direcionamento o diálogo crítico cria condições para que os usuários de saúde mental se impliquem em direção a si mesmos. No entanto, não é uma tarefa óbvia nem garantida. Ainda que o aparato seja antimanicomial, as lógicas manicomiais podem reger os aparatos. Isso porque a existência do aparato de participação coletiva, por exemplo, não garante que de fato exista participação dos usuários e, conseqüentemente, a produção de autonomia. A existência do aparelho não garante o modo de fazer. Baremlitt (2002) afirma em, *Sociedade e Instituição*, que as instituições são lógicas defendidas por sujeitos, não são, portanto, somente estruturas físicas.

As instituições são lógicas, são árvores de composições lógicas que, segundo a forma e o grau de formalização que adotem, podem ser leis, podem ser normas e, quando não estão enunciadas de maneira manifesta, podem ser hábitos ou regularidades de comportamentos. Alguns autores sustentam que leis, normas e costumes são objetificações de valores. As leis, em geral, estão escritas; as normas e os códigos também. Mas uma instituição não necessita de tal formalização por escrito: as sociedades ágrafas também têm códigos, só que eles são transmitidos verbal ou praticamente, não figurando em nenhum documento. (BAREMBLITT, 2002, p.177)

Acabar com os manicômios não é simplesmente abrir as celas do cárcere ou destruir os prédios. O manicômio sobrevive, ainda, como uma regra de funcionamento em nós. Desmontar os manicômios implica, portanto, num processo clínico de análise de si. Nesse sentido, trazemos novamente para nossa conversa a necessidade de localizar qual é o sujeito, o sujeito que pesquisa.

Ainda implicado no debate acerca da ciência positivista e do acesso à verdade, aquilo que vamos acessar através da palavra são perspectivas de verdades. Verdades relativas e que precisam ser localizadas. A respeito desse tema Donna Haraway (1995) disserta em seu texto *Saberes Localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial* sobre isso.

Deste ponto de vista, a ciência - o jogo real, aquele que devemos jogar - é retórica, é a convicção de atores sociais relevantes de que o conhecimento fabricado por alguém é um caminho para uma forma desejada de poder bem objetivo. Tais convicções devem levar em conta a estrutura dos fatos e artefatos, tanto quanto os atores mediados pela linguagem no jogo do conhecimento. (HARAWAY, 1995, p. 14)

Nesse sentido, utilizo essa ideia para localizar o lugar de onde se produz e acrescentar em nosso debate, apontando para a produção de uma pesquisa que procura demarcar o corpo que fala e é agente de produção. A verdade não pode nunca ser absoluta, mas pode ser localizada e isso não é destituir o que é científico. Ao invés disso é uma complexificação do que é a verdade científica. Quando localizada a verdade pode ser compreendida. A fala localizada e corporificada traz uma concepção de verdade que não passa pela fixação de um lugar de onde se fala. Ou seja, não se trata de fixar um ponto de onde se produz verdade. Quando Haraway traz essa discussão em *Saberes Localizados* é para evidenciar a produção de próteses: Corporificação é prótese significativa (HARAWAY, 1995). Desse modo, coloca em evidência pistas para pensarmos tecnologias de subjetivação. Primeiro assimilar que corporificação não é fixação de um corpo e sim produção de prótese e, assim,

vamos para o campo de produção de subjetividade.

A verdade é dada na relação e diz sobre o mundo onde estabelecemos essas relações que nos atravessam e nos formam. Colocando questões a respeito do que se configura como verdade a partir do contexto que estruturaliza e sustenta uma determinada concepção - e principalmente estruturaliza corpos que se formam neste mesmo contexto - podemos partir para o que se problematiza e o que se define que é compartilhar. Aquilo que se partilha entre pares se materializa no coletivo. Em meio a isso, a produção de conhecimento assim como a elaboração de questões tanto no âmbito singular quanto no coletivo se dão na produção de relações não homogêneas. A produção de conhecimento é possibilitada a partir da afirmação da diferença entre os pares, num reconhecimento de si que inventa maneiras possíveis de formação de vínculos.

A corporificação do saber é a produção de próteses, produção de um corpo outro desviante de onde é possível pensar uma localização, mas não uma fixação, pois não é totalizante e sim parcial. O que cai aqui é a concepção de inacabado que deslegitima o discurso que é produzido enquanto desviante. Acesso a palavra é tecnologia de subjetivação e, por isso, de criação, produção de deslocamentos e com isso, produção de conhecimento. Daí a importância da experimentação para a produção de conhecimento. O conhecimento, por sua vez, é dado em comunhão. Só é possível conhecer quando se produz em conjunto. Donna Haraway traz a metáfora da visão e não necessariamente da escuta. Coloca em questão a dicotomia universal versus parcial. Expressa, em *Saberes Localizados* (HARAWAY, 1995), as vantagens da perspectiva parcial politizando uma perspectiva “neutra” e universal que aparece estando a serviço de um modelo hegemônico de produção de verdade. Nesse texto estou trabalhando com regimes de enunciação, tomando como pano de fundo e problematizando a escuta do profissional. Mas, é possível trazer essa problemática a partir de uma discussão com regimes de visibilidade e então colocar em questão a representação unilateral. Como nossa problemática está sintonizada a regimes de enunciação, coloco a seguinte questão: Como produzimos outros lugares de fala e lugares de escuta?

Na pesquisa-intervenção GAM o acesso à palavra por parte dos usuários de saúde mental não garante a contração de grupalidade. No entanto, também não pode ser constituída sem isso. A inserção dos usuários no debate sobre medicação é condição de possibilidade de formalização e conquista de um direito, mas não é condição única. É simplista lidar com essa questão como se o acesso à palavra garantisse um diálogo crítico, pois, no contexto do coletivo e à medida que ele se forma, as implicações são diversas, de modo que a produção do saber é um agenciamento prático, um “dispositivo” de enunciados e de visibilidades (DELEUZE, 2005). Nesse sentido, não é somente o acesso à palavra que garante a possibilidade de participação. A questão que se coloca é a forma que a pesquisa cria meios de operar no acesso à palavra que não seja pautada pelo controle.

Nem tudo pode ser dito, quer seja por limitação da linguagem ou por limitações outras. Além disso, nem tudo é passível de ser escutado, o que nesse caso, coloca um problema direcionado àquele que escuta e não àquele que fala. O que se pode dizer só faz sentido conforme as condições do contexto que as validam e determinam o que é dito. A dinâmica da enunciação e visibilidade faz reverberar cenas àquele que escuta, ao mesmo tempo que reverbera afeto. A circulação pelo campo que é constatável e seguro pode impedir o deslocamento do lugar de hegemonia para a escuta ativa daquilo que se configura enquanto queixa. Se assim for traçado o caminho metodológico, a pesquisa em seu “produto” final pode dizer mais daquele propriamente que está a produzir do que o que se produz em conjunto.

O método de pesquisa-intervenção só é possível se além do acesso à palavra existir um rearranjo do modo de escuta. A visibilidade a partir do poder hegemônico que se implica no que se escuta acaba por invisibilizar a fala daquele que é outro e não é visto como sujeito. Acaba-se por escutar a partir de um referencial do colonizador, patriarcal, heteronormativo e de supremacia branca. Djamila Ribeiro (2017) coloca a discussão em seu livro chamado: *O que é lugar de fala?*. Questionamento primordial sobre a realidade e invisibilidade.

Se não se nomeia uma realidade, sequer serão pensadas melhorias para uma realidade que segue invisível. A insistência em falar de mulheres como universais, não marcando as diferenças existentes, faz com que somente parte desse ser mulher seja visto. (RIBEIRO, 2017, p.25)

Visto que é preciso intervir para conhecer, a GAM, quando pode assim ser tocada de maneira efetiva/afetiva a garantir participação, dispara efeitos que modificam as relações do serviços, a relação dos usuários com a medicação, as relações dos usuários entre si e também implica modificações e rearranjos do lugar de escuta. Lugar que inventa sentido à medida que possibilita visibilidade às questões que são levantadas no decorrer dos grupos. Os conceitos centrais que a pesquisa suscita se articulam na formação desse lugar e pautam a transformação das estruturas sociais: direitos humanos, autonomia, lateralidade e protagonismo dos setores mais vulneráveis da população. Para isso, faz-se necessário adentrar as discussões sobre maneiras, meios e métodos de silenciamento que o pesquisador/trabalhador pode vir a provocar. O rearranjo do lugar de escuta é justamente o deslocamento do pensamento hegemônico que Djamila nos ajuda a pensar.

Nesse sentido, seria urgente o deslocamento do pensamento hegemônico e a resignificação das identidades, sejam de raça, gênero, classe para que se pudesse construir novos lugares de fala com o objetivo de possibilitar voz e visibilidade a sujeitos que foram considerados implícitos dentro dessa normatização hegemônica. (RIBEIRO, 2017, p.25)

Pensar a produção implica pensar a transformação. Produzir não é reproduzir. A produção é caracterizada por criação, invenção e não está, portanto, no campo daquilo que é estático. Ela se configura de maneira maleável a depender das variáveis que interferem e convocam a reconfigurar metodologias que, por consequência, resultam em outros caminhos e modos de fazer. Ao produzir está criando. Produzir é criar a partir da elaboração. Pesquisar advém do contato e modifica a realidade, pois implica ação, ao mesmo tempo, que não pode se garantir isoladamente. Nossos discursos, olhares, a formação desses campos de percepção precisam ser destrinchados

para saber de que estão a serviço.

1.2 Os usos da palavra no processo de definição do “como vamos trabalhar?”

Identifico que os momentos de pesquisa, bem como o estágio, me fizeram continuar na graduação de maneira a me entusiasmar com o que eu aprendia em sala de aula. Inserida na rotina do cotidiano do serviço em saúde mental, o contexto suscita a formulação de trabalho que implica pensar: “como vamos trabalhar?”. Essa questão se levanta nesse texto oscilando entre duas perspectivas: se desdobra de um lado a definir o trabalho em saúde mental a partir da perspectiva de um trabalhador implicado em escutar o processo de construção político-social dos usuários, ao mesmo tempo que se apresenta aqui em uma interrogação de como construir a exposição dessas questões num trabalho de dissertação. Definir um trabalho seria anterior ao processo de fazê-lo? Sendo que também é trabalhoso formular como vamos trabalhar. Mas então, porque isso seria necessário? Talvez essa questão se coloque aqui para nos fazer pensar porque devemos discutir em conjunto nossos objetivos e consequentemente nossas estratégias para alcançá-los.

Sendo assim, apresento esse texto na seguinte formulação: inicio o desdobrar das questões tocando numa experiência com a realidade concreta e logo em seguida a discussão com alguns conceitos fundamentais para pensar o desdobrar da dissertação.

Dentro da realidade concreta do serviço de saúde existe uma hierarquia, como já falado no texto anterior. Essa hierarquia faz do trabalho em saúde mental uma prática definida, em última instância, de modo prescritivo para os usuários dos serviços de saúde. Certamente, o espaço não produz somente prescrição. O CAPS, não só ele, mas a rede de saúde mental no seu processo de construção é atravessada por movimentos sociais de luta antimanicomial e sanitaria. O CAPS, portanto, foi proposto para ser um “para além” da lógica prescritiva, compondo outras atividades que articulam a rede de saúde para um acolhimento no território. A articulação dos níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde demanda um processo de construção, implementação e

avaliação em conjunto. Com isso, o processo de redemocratização e a Constituição de 88 apontam para a relevância da inserção da comunidade na formulação de políticas públicas, sendo também primordial a participação da população no que concerne à fiscalização e controle das ações do Estado. A participação social, no contexto da saúde, foi regulamentada pela Lei 8.142/90

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. (BRASIL, 1990)

A lei regulamenta os espaços de conselhos e conferências de saúde nos três âmbitos de governo. Além disso, regulamenta também os espaços colegiados de gestão nos serviços de saúde. A lei movimenta o sistema no sentido da participação. A construção de espaços coletivos propicia um lugar de produção de falas, sendo assim, aproxima a gestão daqueles que fazem uso do serviço e, portanto, experienciam o serviço no sentido da utilização dos recursos. Então, é a possibilidade de inclusão dos atores historicamente retirados dos processos decisórios. É o cenário da redemocratização. Esse processo se articula com a questão de como vamos trabalhar, pois o trabalho em saúde pública é regido a partir da participação popular, ou seja, a participação orienta e o trabalho deve ser coletivo.

A gestão desses recursos de seguridade social, dentro do cenário de redemocratização, coloca em questão uma organização não só dos recursos financeiros, mas também de como produzir práticas que sejam maiores que elas mesmas, pois a existência do aparato não garante a participação.

Partirei de algumas experiências para ajudar a pensar essas questões, de cunho pessoal e singular no meu trajeto de formação voltada para a prática em saúde mental e direitos humanos. Optei por fazer os dois anos de estágio na rede pública de saúde em Volta Redonda. Antes de adentrar o estágio, os estudantes que se interessam por fazê-lo na rede de saúde precisam construir junto aos professores supervisores uma carta de intenção. Essa carta é o momento onde os estudantes falam dos encontros com a saúde pública em

disciplinas, atividades, espaços de militância, visitas ao serviço, entrevistas, enfim. É meio de acessar os encontros que julgamos fazer parte da decisão de estarem ali, bem como se é possível na rede de saúde se encontrar com dispositivos que façam sentido com as implicações que esses estudantes estão dispostos. Bom, meu trajeto contornado por espaços de militância me levou a querer pensar tais espaços junto com os usuários de saúde mental. Desse modo, pensar então a participação popular. Após alguns encontros com os serviços e com os usuários, o estágio ganha corpo e me aproxima da associação de usuários do município. Através disso, também me aproximo dos espaços de assembléias nos CAPS. Nesse caminhar, essa aproximação me colocou, durante um tempo, desacreditada desses espaços e desapontada com aquilo que eu entendia que deveria ser resultado do trabalho. Embora minha supervisora sempre alertasse que fazer parte do movimento social e de espaços colegiados com os usuários de saúde mental era diferente de fazer movimento estudantil, como também era diferente de fazer movimento sindical, etc. Eu e minha teimosia, por vezes, fazíamos que não escutávamos isso, ou então, “não entendia bem” o que isso queria dizer. O fato é que por um tempo, no meu entendimento, esses espaços coletivos não produziam participação. Acreditava que a dificuldade de participação era algo de uma questão de organização. Sendo assim, meu trabalho era no sentido de organizar. Eu achava, então, que a participação não era garantida por conta da falta de organização ou existia uma organização que eu não conseguia alcançar. Desse modo, me movimentei a fomentar espaços que davam conta daquilo que eu definia como falta. A organização do horário, do local, de avisar os usuários, isso tudo era bem cansativo e até mesmo ganhei um apelido, pelo grupo de trabalhadores e usuários, de secretária.

Nessa função, secretariando a associação, bem como os espaços da assembleia, apostando que as decisões todas deveriam partir de um espaço de deliberação democrático e acreditando que tínhamos uma agenda a cumprir, “marcamos” uma reunião em uma manhã. Lembro de acordar pensando que tínhamos muitas coisas para resolver. Para minha surpresa ao chegar ao local combinado não encontrei ninguém. Ninguém apareceu, somente eu. Aquilo era

incompreensível para mim. Como ninguém aparece, sendo que era de extrema importância o que iríamos conversar e decidir? Levei o ocorrido em supervisão e me senti desanimada até perceber que eu não poderia secretariar algo que se faz em coletivo.

Hoje, depois de algum tempo, consigo entender a questão que me ocorria na época. Se as reuniões da associação e as assembléias contavam com grande participação dos usuários, a questão que me ficava era: como produzir acordos na desterritorialização?

Lembrando a *Genealogia da Moral*, o debate sobre acordos e pactuações está permeado por uma lógica de produzir segurança e confiabilidade.

Esta é a longa história da origem da responsabilidade. A tarefa de criar um animal capaz de fazer promessas, já percebemos, traz consigo, como condição e preparação, a tarefa mais imediata de tornar o homem até certo ponto necessário, uniforme, igual entre iguais, constante, e, portanto, confiável (NIETZSCHE, 1999).

À medida que produzimos acordos, produzimos também um território onde é possível prever ações e minimizar o aparecimento do imprevisível. Talvez secretariar a associação e os espaços colegiados de alguma maneira fosse sim criar um espaço, mas um espaço com pouca possibilidade de invenção, orientado para ser visível determinadas falas e ações. De certa maneira, existia uma implicação e vontade da minha parte, porém aquele espaço não faria sentido para o grupo se não fosse uma construção coletiva do plano comum. A produção de sentido está intimamente ligada à implicação de diferentes sujeitos, objetos e instituições, cabendo, portanto, às estratégias de pesquisa acessar o plano que articula, conecta e agencia essa diversidade. (KASTRUP e PASSOS, 2013)

O grupo GAM com usuários em uso de medicação é outra experiência que ajuda a pensar a questão de acordos na desterritorialização. Acessar a experiência do uso da medicação psiquiátrica é ter a sensibilidade de poder escutar falas indicando que, devido ao uso de medicação psiquiátrica, nem sempre é possível cumprir todos os compromissos a que nos comprometemos

participar. Essa fala é recorrente na experiência GAM. Ela aparece de forma a levantar uma questão que por sua vez faz pensar na organização dos dispositivos, na forma com a qual nos organizamos e na produção de sentido que gera um comum e, então, um coletivo.

Não existe um caminho que precede a produção de um plano comum, de modo que não necessariamente uma “falta” de organização impossibilita a produção desse campo e a contração de grupalidade. Sendo assim, secretariar o grupo, qualquer que seja, não implica diretamente na possibilidade de contrair grupalidade. O que se apresenta, partindo da experiência GAM que pude experimentar, é que grupalidade e organização nascem juntos. Isso desdobra outros questionamentos, pois no caso de experiências GAM em serviços de atenção secundária, como o CAPS, já existe uma instituição que prevê um ambiente de convivência. Inseridos nesse ambiente estamos, assim, conectados por uma instituição que tem suas regras de ordenamento provenientes de uma política. Já existia, portanto, uma instituição que secretaria a relação entre usuários, trabalhadores e pesquisadores. Entretanto, ainda que isso não seja condição de produção do plano comum, de alguma forma também contribui possibilitando a contração da grupalidade. Na experiência GAM, a contração de grupalidade está intimamente ligada à descentralização da função do moderador/manejador do grupo.

Isto quer dizer que o manejo, inicialmente localizado ou identificado à figura do moderador, gradativamente vai se distribuindo, à medida que a grupalidade se contrai e o protagonismo dos diferentes sujeitos assume a tarefa de gestão compartilhada do grupo. (PASSOS, et al. 2013a, p.32)

O processo de contração de grupalidade constrói vínculo e sentido. Ou seja, construir sentido não se sustenta pela via burocratização de criar um conjunto de regras anteriores à grupalidade. Tampouco, pela via da sustentação de uma relação sujeito-objeto. A grupalidade se dá no momento em que não existe relação de sujeito e objeto. É marcada pelo processo contínuo de deslocamento desses lugares que, pelas instituições, estão pré-estabelecidos. Na pesquisa GAM, todos são sujeitos da pesquisa. Sendo

assim, todos possuem acesso à fala.

O acesso à palavra é território onde também nos transformamos em sujeitos. No entanto, o acesso à posição de sujeito é pautado por uma linguagem dominante. Os momentos de discussão da medicação no grupo GAM trazem à tona, por exemplo, termos que representam a sensibilidade do encontro de um usuário com a sua medicação que não é a descrição científica. No grupo GAM usamos não somente palavras, a comunicação também se faz por olhares, expressões, toques no seu corpo, mãos, cabeça. Como é o acesso à posição de sujeito sem ser pelo viés da lógica simbólica da dominação? Sem ser pelo ouvido da prescrição? É possível escutar sem dominar?

A contração de grupalidade sugere uma experiência de democratização do acesso ao direito de saber sobre seus medicamentos mas, não pela via da linguagem enrijecida dos termos científicos, e sim recuperando o sujeito, criando sentidos, nomeando aquilo que o medicamento produz no corpo. Acessar a experiência do uso da medicação, da violência da objetificação, da política higienista manicomial, da mortificação dos desejos se dá pela via da aposta na criação de sentidos construídos no grupo de modo participativo. Dentro do contexto da saúde mental, democratizar o acesso é também fazer o enfrentamento das relações de poder. Ou seja, quando aparecem termos que falam sobre o uso da medicação a partir da experiência, revela um processo de apropriação e reinvenção daquilo que se caracteriza enquanto efeitos colaterais, por exemplo. É a criação de sentido. A possibilidade de criar sentido é também a possibilidade de construção do plano comum. O poder do acesso não é somente democratização do saber e resistência frente a uma lógica prescritiva, também de criar um espaço para uma produção alternativa.

A construção do plano comum convida a pensar qual a implicação dos participantes do grupo para a criação desse espaço de produção alternativa. A possibilidade de criação de diferentes maneiras de pensar-saber é necessária para o estabelecimento de regras de ordenamento autogestionárias. Os usuários só poderão se organizar “respeitando as normas” à medida que eles participarem ativamente da formulação dessas normas. Emerson Merhy (2006) em seu texto *Entre aparelhos, rodas e praça* fala sobre a apropriação do

espaço. Nesse contexto, ele caracteriza a ocupação do espaço como um ato que torna o espaço privado, mas sem que deixe de resguardar seu caráter público.

O público e o privado constituem-se, claramente, prevalecendo uma certa conformação do público por formas bem privadas e específicas de constituí-lo. Esta figura, para mim, assemelha-se à noção de aparelho institucional, como: um partido, um aparelho estatal, uma máquina governamental, uma repartição de uma empresa, uma empresa em si. Em todos, a funcionalidade definida é imperativa do lugar, é instituinte. (...) Entretanto, como em todos os formatos adquiridos – aparelho, roda e praça - como veremos, adiante, não é indiferente os tipos de atores sociais/sujeitos que estão operando a produção do lugar, pois constituir certo valor de uso é, antes de tudo, uma operação simbólica e imaginária. Como diz Ruben Alves, parafraseando: para algo ser útil ela deve ser simbolicamente constituída como necessidade. (MERHY, 2006, p.7)

Nesse mesmo texto, Merhy explicita o que quer dizer quando fala sobre o espaço da praça de uma igreja. O espaço público pode ser utilizado de diferentes formas, podendo a praça ser campo de futebol, quando é apropriada por um coletivo que reinventa esse espaço e o utiliza dessa forma. Esse texto nos convoca a pensar nas interfaces que o público pode ter com a apropriação “privada”, no sentido de utilização daquele espaço por um determinado grupo. Pois bem, o espaço assim que institucionalizado enquanto praça da igreja determina as ações que serão feitas ali. No entanto, assim que ocupado por crianças que veem no espaço a possibilidade de transformação para campo de futebol, o exercício de utilização deste espaço passa a ser instituinte novamente. O movimento de ação reivindicatória pressupõe, então, a alteração de uma realidade. A política pública quando instituída, burocratizada, se enrijece, ou seja, já passou pelo processo de invenção. Conforme a forma que uma determinada política for implementada, pode apagar as lutas e as disputas que se deram no processo de sua formulação.

Ressalta-se, com isso, que as forças instituintes são importantes nos processos instituídos. O caráter de constante reinvenção implica pensar nossas necessidades, objetivos em comum, as instituições que nos atravessam. Isso culmina na apropriação nossa, sobre os espaços que

ocupamos. O poder subversivo desses espaços é ameaçado na burocratização. Então, pensamos que a organização do espaço coletivo é através da contração de autonomia coletiva que possibilita uma organização autônoma, diferente de uma organização heteronômica que responde a lógica de representação. A partir da distinção dessas duas formas de organização, iremos tomar de empréstimo a ideia de autonomia no sentido enativo ou autopoietico, pois pressupõem uma crítica a ideia de representação. Se o conhecimento é enativo, autopoietico, conhecer é criar e não representar a realidade. Aprender consiste na transformação estrutural através da experiência, na convivência (Maturana e Varela, 1991). No caso da organização autônoma que se dá a partir da contração de grupalidade, na GAM:

A pesquisa-intervenção não teve, porém, somente um sentido de produção de conhecimento sobre a experiência do uso de psicofármacos nos CAPS; ela propiciou também uma oportunidade para intervir nas práticas de cuidado em saúde mental. Assumimos a direção indicada pelo movimento institucionalista, na afirmação de que se trata de transformar para conhecer e não de conhecer para transformar a realidade. (ONOCKO-CAMPOS et al, 2013, p.2891)

A possibilidade de contato com os usuários discutindo a experiência do uso da medicação é caminho de construção de uma escuta que não esteja atrelada à dominação. Assim, podemos estar abertos a escutar sem dominar, trazendo à tona experiências singulares e expressões diversas. O rearranjo do lugar de escuta é possibilitado a partir da fragmentação daquilo que é inteiro e portanto, dominante.

Em seu livro *Ensinando a Transgredir*, bell hooks (2013) discute a fragmentação da língua como um posicionamento frente à universalidade de seu uso, localizando que a imparcialidade não é uma representação da verdade e sim somente uma representação do que é dominante.

A mudança no modo de pensar sobre a língua e sobre como a usamos necessariamente altera o modo como sabemos e o que

sabemos. Numa palestra em que eu talvez use o vernáculo negro do Sul, o dialeto específico da minha região, ou que talvez use pensamentos muito abstratos aliados à fala simples e comum, respondendo a um público diversificado proponho que não necessariamente tenhamos que ouvir e conhecer tudo que é dito, que não precisemos dominar e conquistar a narrativa como um todo que possamos conhecer em fragmentos. (hooks, 2013, p. 231.)

Os espaços de grupo possibilitam não só o lugar de fala, mas também o lugar de escuta. No ato de ouvir pacientemente outras experiências, entre os pares, pode-se, no grupo, subverter uma lógica prescritiva. Dentro dos grupos a algumas figuras fica reservado o lugar do saber, estes possuem acesso à fala. Então, ouvir seus pares e experiências outras é subverter a uma relação dominante, sustentada por posicionamentos estabelecidos de antemão que determinam uma relação sujeito-objeto. Sendo assim, é possível escutar? A escuta, quando a serviço das forças dominantes, dentro dos dispositivos grupais e instituições, é uma movimentação de silenciamento já que o espaço de articulação das vozes é construído de modo a dar visibilidade a alguns tipos de falas. Possibilitar a escuta é dar visibilidade.

Na experiência GAM, o moderador tem tarefa primordial na questão da visibilidade do que ocorre durante o grupo. O manejo do grupo não é só manejo das falas, mas também manejo da escuta. A construção do grupo é uma formação não discursiva que regula a formação discursiva. A sala do psiquiatra ou a assembleia pode ser montada de tal maneira que o discurso possível é um discurso de reprodução, não de criação.

Deleuze em seu livro *Foucault* (2005) fala das três fatias que compreendem os enunciados. A primeira fatia compreende o registro colateral dos enunciados, aqueles que são associados por uma mesma família ou grupo. A segunda fatia é dos registros correlatos do enunciado que diz respeito ao contexto. A terceira fatia é a do regime não discursivo, a linguagem que se estabelece com o lado de fora, aquilo que não faz parte da linguagem, mas faz parte da construção do sentido.

Resta a terceira fatia de espaço, que é extrínseca: é o espaço complementar, ou de formações não discursivas (“instituições,

acontecimentos políticos, práticas e processos econômicos”). Com base nesse ponto, Foucault já esboça a concepção de uma filosofia política. Uma instituição comporta ela mesma, enunciados, por exemplo, uma constituição, uma carta, contrato, inscrições e registros. Inversamente, os enunciados remetem a um meio institucional sem o qual os objetos surgidos nesses lugares dos enunciados não poderiam ser formados, nem o sujeito que fala de tal lugar (por exemplo, a posição do escritor numa sociedade, a posição do médico no hospital ou em seu consultório, em determinada época, e o surgimento de novos objetos). (DELEUZE, p. 21, 2005)

Os enunciados estão vinculados com o lado de fora. A produção de sentido dentro do dispositivo está interligada com o que não é o dispositivo. Ocupar o espaço é produzir a terceira fatia que não é discursiva. Para acessar palavras, falas e discursos que não se limitam a espelhar a representação da realidade dominante, ou se referir a ela, convida-se a pensar outros regimes de visibilidade, intrínsecos ao espaço de articulação dessas vozes. Esse fora do discurso é o que induz a possibilidade de fragmentação. A aposta que coloco, fundamentada em bell hooks, aponta para a fragmentação, tanto para saber como foram constituídos, quanto para fazer cair o mito da universalidade de uma representação inteira. Evoco, assim, os pedaços fragmentados, os olhares, as vozes das experiências e saberes das paixões de tudo aquilo que não é dominante e que, portanto, é criação e criativo.

2 QUANDO COMEÇA A GAM?

2.1 O fazer em pandemia e o rearranjo do lugar da pesquisa

Um misto de muitas expectativas e ansiedade, assim caracterizaria minha vinda a Niterói no final de 2019. Já havia estado aqui em alguns outros momentos como em apresentações de trabalhos ou quando íamos junto com a Associação dos Docentes da UFF (ADUFF) para Brasília em manifestações. Guardo lembranças disto com muito carinho, pois tive a oportunidade de estar em Brasília em momentos importantes, tanto pra mim quanto para o cenário nacional, muitas lembranças positivas, muitas lembranças negativas também, mas em principal muita experimentação. Assim iniciei meu contato com Niterói. Minha relação com a cidade se deu a partir da UFF. A UFF concretizou algumas relações para mim, primeiramente no interior do Rio de Janeiro, em Volta Redonda, onde fiz minha graduação e tive os primeiros contatos com o vasto campo da saúde mental pública. Volta Redonda é uma cidade que tenho imenso carinho e admiração. Em momentos de experimentação da cidade achei um pichado guardado embaixo de um viaduto que dizia o seguinte: “a cidade é do aço, mas você não precisa ser de ferro”. A frase faz referência a maior companhia siderúrgica da América Latina que fica instalada em Volta Redonda e faz nascer a cidade. Após a chegada da Companhia Siderúrgica Nacional (CSN), contribuição que os EUA oferecem ao Brasil em troca de apoio na segunda guerra mundial, Volta Redonda se desmembra do município de Barra Mansa do qual fazia parte. Volta Redonda tem um aspecto cinza fruto do pó de ferro que é expelido das chaminés da CSN. O pichado embaixo do viaduto diz muito daquilo que podemos sentir nessa cidade, que é do aço, mas contém relações que são da ordem da leveza, que é cinza em uma visão ampla, mas que também guarda outras cores se você decidir se arriscar por ali. Niterói mantém uma estética muito diferente de Volta Redonda. Niterói contém alguns pontos que marcam uma certa fluidez. Quando cheguei, algo que me chamou atenção foi a quantidade de ciclistas que a cidade tem. Depois de

algum tempo, consegui comprar uma bicicleta do modelo “praiana” e a cidade virou outra. Acompanhar o desenho da orla em um passeio de bicicleta traz essa ideia de fluidez própria do movimento do mar. Estabeleci outro vínculo de relação com a cidade, pois sinto que escolhi estar aqui, e ainda escolho.

Um campo procura um campo marca a movimentação que fiz, enquanto pesquisadora para procurar um campo, espaço de construção de conhecimento. A ideia inicial era participar de uma nova implementação de um dispositivo GAM em um CAPS na Zona Oeste do Rio de Janeiro, porém essa implementação não aconteceu, ou ainda não aconteceu, mas levou a construção de algumas articulações. Essa movimentação culminou em articulações como, por exemplo, gerou um debate com os trabalhadores sobre GAM, no qual deu origem a problemática que trago na próxima seção dessa dissertação. Além disso, trago aqui esse momento também para contextualizar o cenário atual de precarização e do desincentivo à pesquisa.

No final de 2019 quando decidi me mudar para Niterói vim implicada em conhecer a cidade, bem como, os dispositivos de saúde e o funcionamento da rede. Já havia tido contato com redes de saúde de outros municípios que tinham menos habitantes do que Niterói e Rio de Janeiro. O projeto inicial de pesquisa para o mestrado tinha como objetivo avaliar o impacto do funcionamento da GAM na formação em psicologia voltada para a prática em saúde mental e direitos humanos. Nesse sentido, o projeto teve como ponto de partida a minha própria participação em um grupo GAM durante o período de 2015-2017. A partir dessa participação emergiram questões que se produziram atravessadas pela pesquisa levando a confecção da minha monografia e a prática do meu estágio.

Os conceitos fundamentais que levaram ao impacto que essa experiência pôde suscitar e aparecem no projeto como elementos analisadores da formação psi são: Autonomia, já que a restrição de informações para com os usuários de saúde mental produz uma centralização nas decisões. A perspectiva pela qual a GAM atua é na reinserção social desses usuários enquanto cidadãos políticos. Lateralidade, que é implicado pela descentralização dos saberes. Direitos humanos, que

no grupo aparece pela via do acesso à informação de quais são os direitos, bem como, o acesso ao saber que se produz em conjunto com os usuários e a partir da observação desses. E protagonismo dos usuários, pois a pesquisa é sobre medicação, mas pela perspectiva do saber dos usuários.

No período de minha participação nas supervisões da GAM na Universidade Federal Fluminense no campus do Gragoatá em Niterói, conheci um projeto que se interrogava sobre a interferência da participação na GAM para a formação em medicina. O que me levou a questionar: uma vez que a GAM tem uma longa trajetória dentro dos diversos cursos de psicologia com os quais essa pesquisa se relacionou, como podemos pensar o impacto dessa experiência na formação psi voltada para saúde mental e direitos humanos, no centro em que ela foi implementada?

No entanto, esse projeto se formalizou antes do início do mestrado e antes de minha chegada a Niterói. Quando comecei a frequentar o grupo de pesquisa *Enativos: conhecimento e cuidado* na pós-graduação da Universidade Federal Fluminense comecei a pensar como desenvolveria metodologicamente tal estudo para alcançar os objetivos e trabalhar em cima da hipótese pré definida. Encontrei nesse grupo uma trabalhadora, profissional psi que atua em um CAPS II na Zona Oeste do Rio de Janeiro e que tinha interesse em implementar um grupo GAM no serviço onde trabalha. Atravessada pelas discussões da estratégia GAM, essa trabalhadora começa a frequentar o grupo de pesquisa. Em um dos encontros coloca um problema sobre a medicalização, relato de uma experiência como trabalhadora da ponta do serviço. Aparece, em seu relato que não apenas os usuários, questão central nos debates da GAM, mas também os trabalhadores encontram na medicação o cuidado possível para suas questões de saúde mental. Ou seja, os trabalhadores estão medicalizados. Partimos dessa provocação para nos aproximarmos do CAPS II Profeta Gentileza e iniciar um debate para a implementação de um grupo GAM, ainda tentando manter uma conversa com a formação psi trazida no projeto de pesquisa.

Fui convidada para ir conhecer o CAPS na Zona Oeste, conheço

pouco do Rio de Janeiro, mas estava confiante nos aplicativos que me indicavam qual ônibus, barca, metrô, trem, deveria tomar para chegar ao local. Muitos desencontros se deram no meio do caminho, tomei ônibus errados e saltei em lugares errados, mas, não me preocupo, pois como conheço pouco, todo lugar aqui é um convite a novidade, quando tomo, por erro, algum transporte público e que me leva a lugares outros é sempre um convite que o imprevisível me faz a territorialização. A preocupação que me ocorre diz respeito ao horário, pois marquei de chegar cedo para participar da reunião de equipe. Em meio a esses desencontros consegui uma carona com a trabalhadora e cheguei ao CAPS. O lugar onde o CAPS está localizado é um terreno grande e que comporta, no mesmo endereço, a clínica da família e uma academia ao ar livre. Fui recebida pela equipe e era dia de reunião, minha tarefa era apresentar a estratégia GAM, minha pesquisa e pensarmos em uma possível articulação. Nesse dia, também era o primeiro dia em que a coordenadora de equipe iniciava nessa função. Além disso, também era o primeiro dia da nova supervisora. Muitas novidades foram colocadas naquela reunião, mas, no que diz respeito à pesquisa, senti os trabalhadores empolgados com o que discutimos. Após ouvir meus relatos, a coordenadora me direcionou uma questão: se a estratégia GAM prevê uma desmedicalização. Aproveito a pergunta para falar que todo o guia é pautado em uma identificação e ampliação das redes de apoio, ou seja, a medicação é, a partir da GAM, colocada apenas como mais uma estratégia de cuidado, por isso, tem sim efeitos desmedicalizantes, mas pela via da ampliação das redes de apoio e cuidado. Quando já estávamos conversando sobre as burocracias como, qual dia aconteceria o grupo, quais seriam os trabalhadores que teriam possibilidade de estar, quais seriam os usuários, enfim, a coordenadora chama atenção sobre a questão da burocratização da pesquisa na Plataforma Brasil. Digo que iria regulamentar tudo pela Plataforma, mas que isso poderia demorar um pouco, visto que precisaria de alguns documentos, inclusive uma carta de anuência do serviço onde seria feita a pesquisa. Pergunto se poderíamos iniciar o grupo com o processo na plataforma em andamento. A coordenadora diz que iria

confirmar com o centro de estudos, mas que provavelmente não poderia autorizar sem que os trâmites burocráticos estivessem resolvidos.

Saio dali, naquele dia um pouco preocupada por saber que o trâmite do projeto na Plataforma Brasil poderia me custar alguns meses e que tenho um prazo a responder, que é o prazo do mestrado. Alguns meses depois, isso seria o menor dos problemas, pois, a pandemia do COVID-19 coloca restrições aos serviços que impossibilitam a formação de grupos no presencial. Assim que minha pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética já estávamos imersos no regime lockdown e no cotidiano do serviço já haviam sido suspensas todas as oficinas, bem como todas as atividades grupais. A equipe estava funcionando com metade dos trabalhadores em casa, outra metade no serviço atendendo casos de crise. Tele-atendimentos e atendimentos virtuais começam a ficar mais frequentes. Ironicamente, depois do lockdown a Plataforma Brasil envia e-mails me lembrando que posso ir ao campo, o que me traz uma sensação de desencontro com relação a minha própria pesquisa e o campo.

Os desafios que se colocam a partir daí me convocam a pensar qual inflexão é possível na pesquisa que estava se encaminhando, e se ainda poderíamos pensar na ida ao campo, de alguma maneira. Acompanhando as discussões no grupo *Enativos* soube de serviços onde a equipe sustentou a continuação do grupo GAM pelo virtual. Achei interessante como o virtual entra, nesse caso, como mais uma possibilidade de não perder contato e de produzir cuidado, mas, no que concerne a minha pesquisa em si, ainda não tínhamos a grupalidade constituída, tínhamos, apenas, a indicação de alguns nomes para compor o grupo. Desse modo, penso que existe uma diferença que marca a passagem ao virtual quando o vínculo já existe, e outras problemáticas são evocadas quando precisamos iniciar a formação e constituição desse vínculo através do virtual.

Sendo assim, para fazermos algum encaminhamento da pesquisa, nesse momento específico que é pandemia, foi necessário um tempo de maturação, a fim de nos apropriarmos do cenário. Mais de um ano já se passou e o cenário continua se agravando. Há um aumento muito grande na

quantidade de óbitos e um atual governo que não apresenta nenhum tipo de plano para conter a pandemia. O Brasil segue com uma crise sanitária causada, evidentemente, pela pandemia, mas que principalmente colhe seus efeitos drásticos em decorrência de uma gestão irresponsável, por parte do atual governo, com o seu próprio povo.

Nesse sistema em que vivemos as grandes crises são mais penosas com a população mais vulnerável, o que concerne a área da saúde não é diferente. A pandemia do COVID-19 evidencia isso, uma doença que foi espalhada pelo mundo através das camadas mais ricas da população encontra um ambiente de propagação favorável nas camadas mais pobres da população, nas periferias urbanas, nos ônibus lotados, nos trabalhos precarizados que foram obrigados a continuar a situações de exposição. Quando contraímos o vírus ao ir procurar saúde, o que encontramos são os serviços já em processo de sucateamento e mercantilização. Enquanto isso, os mercadores da saúde, indústria farmacêutica e os hospitais privados, já em aliança constituída com o atual governo, se utilizam do cenário pandêmico para lucrar da população retendo os equipamentos de saúde. O que nos dá uma noção de quais são as vidas que tem o direito de viver e as vidas que podem morrer. O acesso e a qualidade dos recursos públicos nos servem de termômetro para medir a desigualdade social.

Essa parte do texto de dissertação está sendo escrita e reescrita várias vezes, numa tentativa de acompanhar as decisões que impactam o SUS no momento da pandemia. No entanto, é realmente muito difícil acompanhar os acontecimentos. Desde a eleição de 2018 fica evidente a desresponsabilização do governo com a ciência, com o povo, com os trabalhadores, com os recursos públicos. Em 2020 quando é declarada a pandemia a desorganização da gestão fica mais evidente. Os acontecimentos que evidenciam isso são as várias trocas de gestão do ministério da saúde, a subnotificação dos casos de coronavírus, as discussões políticas e desentendimento com os outros governantes dos estados que compõe o país, a declarada descrença na pandemia, a recusa de fechar o comércio, o pouco auxílio para garantir um isolamento justo que

ofereça renda básica, água, luz, estabilidade no emprego, a recusa de comprar vacinas, a recusa de comprar insumos para a produção de vacinas, o investimento em uma droga que ofereceria uma cura imaginária mesmo que contraria a indicação da OMS (Organização Mundial de Saúde), a recusa de comprar testes demonstram que as únicas preocupações do governo atual são a reeleição, além da dedicação em trabalho constante em um projeto hierárquico que investe em mostrar que o governo não é subordinado ao povo. Tal postura impacta drasticamente o Sistema Único de Saúde e reverbera em todos os âmbitos, inclusive na confecção das pesquisas em saúde. Pesquisar a saúde pública em momento da pandemia faz um convite intenso e cotidiano de reinvenção.

Memória 09 de Março de 2021.

No dia 09 de Março de 2021, estive em uma reunião de supervisão de território para apresentar a estratégia GAM. Fui convidada para compor essa reunião por uma apoiadora da Saúde Mental da cap 5.2, zona oeste do Rio. Como disse, já tinha ido algumas vezes no CAPS Profeta, pois foi lá que inicialmente estava alocado meu campo de pesquisa. Fui a essa reunião de supervisão de território onde estavam presentes alguns serviços, entre eles uma trabalhadora de um dos NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família) da região, o Centro de convivência, o CAPS Profeta, uma trabalhadora de uma das Residência Terapêutica, o CAPSi. Esse convite foi agenciado pela trabalhadora de uma das Residências Terapêuticas que tive contato através de uma disciplina chamada *Autonomia Gestão e co-gestão* que a professora Laís Amado oferece na FAMATH. A convite da professora fui à disciplina debater com os estudantes sobre a pesquisa GAM e suas implicações nas discussões sobre os temas de autonomia, gestão e co-gestão. Pelo segundo ano consecutivo a professora me fez esse convite e tenho participado dessa troca

de experiências que tem sido muito interessante. Observo que os estudantes da especialização em saúde mental, curso que a disciplina Autonomia gestão e co-gestão compõem, são em sua maioria, trabalhadores de algum serviço da Rede de Saúde. A conversa com os trabalhadores é bem dinâmica, pois eles são participativos trazendo experiências e questionamentos, descentralizando o debate. Nesse dia em específico uma das estudantes se apresentou dizendo que já ouvira falar da estratégia GAM em um curso de capacitação ministrado pelo professor Everson Rach na Fiocruz, diz que atualmente está alocada em um serviço na Zona Oeste, especificamente em um das residências terapêuticas onde atua como apoiadora. Logo em seguida digo que minha pesquisa inicialmente seria com o CAPS Profeta, mas sofremos um atropelamento com relação à pandemia e em decorrência disso estávamos pensando na reorganização da pesquisa. Ela demonstra uma certa agitação e quando digo que a pesquisa “era” na Zona Oeste ela rebate dizendo “era, não. É! E vamos agitar isso!”. Achei curiosa a animação e me bastou para que eu voltasse a pensar em produzir algo na zona oeste. Alguns dias depois essa estudante e trabalhadora me enviou uma mensagem e articulou meu contato com a apoiadora da saúde mental que trabalha na coordenação, essa última agenciou a ida a reunião de supervisão de território que aconteceu através da plataforma Google Meet.

Sendo assim, fui, por meio da tela e da conexão, até a reunião de supervisão de território falar um pouco sobre a estratégia GAM e, a partir disso, traçar caminhos possíveis. Aqueles que compunham a reunião no dia, demonstraram interesse nas discussões fazendo colocações e perguntas. Identifico que houve receptividade com relação à estratégia. Uma das primeiras perguntas que me direcionaram é novamente sobre desmedicalização. A trabalhadora coloca questão que se interroga sobre o desejo de participação dos usuários. Pergunta se aqueles que se dispuserem a participar teriam que querer parar de fazer o uso da medicação. Ela coloca essa questão, pois acredita que desse modo, o chamado para compor o grupo poderia ser pouco convidativo aos usuários. Relata observar que os usuários não querem parar de fazer o uso da medicação. Em minha experiência, também observo que

muitas vezes, dentro dos serviços os usuários relatam dependência com relação a medicação e, para mim, isso reafirma a importância de debater sobre essa temática em um grupo que abre a conversa para as discussões sobre direitos humanos, cidadania e protagonismo dos usuários. No entanto, a partir dessa colocação, feita pela trabalhadora, mais uma vez conversamos que tudo dependerá de como o convite é feito. O guia, livro por onde nos direcionamos e que traz as principais discussões que pautamos nos encontros, pontua alguns elementos para conhecer a medicação. Ou seja, o andamento dos passos do guia é um convite a apropriação da sua própria medicação no que diz respeito à cor, tamanho, efeitos. Além disso, como disse, o guia também pressupõe uma identificação e ampliação das redes de apoio, então, há um debate de desmedicalização que perpassa a estratégia, mas pela via da ampliação das redes de apoio. Ou seja, a GAM propõe uma relação mais autônoma do usuário com a própria medicação podendo ter efeitos desmedicalizantes, mas em principal provoca uma relação de autonomia. É importante para a GAM que os usuários tenham acesso às informações sobre os medicamentos.

Aos poucos as questões relacionadas à metodologia foram cessando e a curiosidade do que era a estratégia abriu lugar para as perguntas burocráticas que se questionavam sobre a realização de como a GAM poderia acontecer nos serviços que estavam presentes. A supervisora direciona essa pergunta interrogando como eu estava pensando possibilidades da pesquisa acontecer. Antes dessa reunião eu não tinha proposta formulada de antemão para levar aos serviços que ali se encontravam, minha ideia era fazer uma apresentação e talvez construir possibilidades em conjunto. No entanto, me ocorreu uma proposta a partir das discussões que traçamos ali. Por se tratar de uma reunião de supervisão do território e de que minha ida foi articulada por uma trabalhadora, que nesse caso é apoiadora de saúde mental do território, compreendi que a proposta não poderia mais ficar reclusa ao CAPS. Levando em consideração as problemáticas com relação ao momento da pandemia, a possibilidade de construção de vínculo com os usuários através do virtual não me aparecia como proposta. Por isso, sugeri um direcionamento que englobaria os trabalhadores, nesse primeiro momento. Conforme ao que eu

vinha pesquisando, lancei a proposta que ali acreditava encaixar com o momento de pandemia e a possibilidade de adaptação de minha pesquisa. Coloquei então que a proposta que poderíamos pensar nesse cenário era de nos reunirmos entre os serviços e produzirmos um grupo GAM entre os trabalhadores do território, de modo a nos apropriarmos da estratégia. Logo que o cenário permitir a existência de pequenos grupos, os trabalhadores voltariam aos serviços onde estão alocados com a possibilidade de multiplicar essa estratégia onde trabalham.

A pesquisa se voltou para uma estratégia de multiplicação e se delineou para acontecer em dois momentos. O primeiro momento, em pandemia, onde aconteceu um grupo GAM com os trabalhadores do território a fim de nos apropriarmos da estratégia e um segundo momento que seria esses trabalhadores multiplicarem esse dispositivo nos serviços desse território. O que inicialmente seria a implementação de um grupo GAM com usuários e dois trabalhadores do CAPS Profeta Gentileza se tornou uma proposta para o território evidenciando o caráter multiplicador e capilarizante da GAM. Assim que aqueles que participavam da reunião demonstraram estar de acordo com a proposta, partimos para ajustar melhor essa possibilidade. Uma das trabalhadoras pergunta quantos encontros eu acho que seriam necessários para nos apropriarmos do dispositivo. A minha proposta vem em direção a uma construção conjunta e coletiva. Então, respondo que iremos decidir em conjunto e em coletivo, desde o planejamento e organização até a realização. Além disso, disse que a apropriação do dispositivo GAM deve passar por uma fase, fazendo referência ao passo número 1 do guia, chamado “conhecendo um pouco sobre você”, então, para nos apropriarmos da ferramenta GAM é necessário conhecermos um pouco sobre quem estará participando do grupo. Sendo assim, devolvi a pergunta: “quantos encontros são necessários para nos conhecermos um pouco?”. Evidentemente não sabemos quantos encontros são necessários para nos conhecermos. O processo de conhecer algo ou alguém demanda tempo e vínculo, não poderia, dessa forma, programar isso de antemão. Não poderia nem sequer dizer que, com os encontros, de fato iríamos conseguir nos conhecer. Facilmente o grupo pode se tornar um espaço

de realização de tarefas e essa atividade se apresentar para o serviço como mais uma atividade no sentido de somar ao trabalho mais uma demanda. Reduzindo o trabalho a mera realização de tarefas. Por isso, é interessante acrescentar que o pedido de não acumular mais uma tarefa e sensação de sobrecarga é algo a ser olhado dentro do serviço de saúde, acredito ser necessário, desde o início, construir em conjunto com os trabalhadores e em sintonia com uma proposta de cuidado para esses. Apostando que é pela via do cuidado que podemos nos apropriar da estratégia GAM.

Tiramos em reunião, enquanto encaminhamento, levar essa proposta para a supervisão do CAPS. A supervisora do território, que é a mesma que supervisiona o CAPS, propôs que existisse um espaço na reunião de supervisão do serviço para falarmos sobre essa proposta. Colocou que chamaria os outros serviços para estarmos em conjunto e debatermos, delineando o que é possível no cenário atual. Tem sido muito difícil manter uma pesquisa em saúde nesse cenário de pandemia que afeta diretamente esse campo. A ideia de que o serviço está cheio de trabalho, por vezes, aparece sugerindo que a pesquisa seria, como aponte, mais uma demanda. Então, quero apostar no uso do “mais um trabalho” como a possibilidade de produção de cuidado, a partir da estratégia GAM que é ao mesmo tempo um dispositivo de cuidado e também de pesquisa. Colocando em evidência que esse “mais um trabalho” é um convite a um mergulho no processo de cuidado de si e das relações no serviço apostando na produção do coletivo. Entendo que essa questão vem de encontro não apenas a quantidade de trabalho, mas também a qualidade desse trabalho que pode ser oferecido. Talvez seja o caso de compreendermos que produzir um grupo que versa sobre cuidado, em tempos de pandemia, é um trabalho que dá possibilidade de trabalhar. Ou seja, torna menos rígida as relações no serviço, acreditando que a partir do grupo pode-se construir uma relação de produtividade com o trabalho e não de produtivismo. Combinamos assim de nos reencontrarmos na reunião de supervisão do CAPS Profeta Gentileza no dia 23 de Março.

Memória 23 de Março de 2021.

Mais uma ida virtual ao CAPS Profeta Gentileza e participação na reunião de supervisão do CAPS. Reunião esta que combinamos de abrir para os outros serviços do território, no intuito de construirmos a proposta de intervenção que tem por finalidade a apropriação da estratégia GAM entre os trabalhadores. Esta proposta está, portanto, em processo de delineamento e nasce duas vezes. A primeira do interesse de uma trabalhadora e da aproximação desta ao grupo Enativos, despertando uma questão em específico para o grupo, a questão da medicalização entre os trabalhadores. Essa questão fez disparar a pesquisa em um primeiro momento. O outro nascimento se deu a partir da aula sobre Autonomia Gestão e co-gestão e a rearticulação com a zona oeste, agora partindo de uma demanda de alguns trabalhadores.

Então, marcamos essa reunião de supervisão, para construir possibilidade de continuar a pesquisa e de oferecer algo para o campo, entendendo que a saúde é a área mais impactada em decorrência da pandemia e o cenário agora é outro. Nesta data em que nos encontramos, dia 23/03/21 foi o dia seguinte à deliberação do município do Rio de Janeiro e Niterói a promover o fechamento do comércio permitindo somente o funcionamento dos serviços essenciais. As conversas no início da reunião traziam relatos do aumento significativo da demanda de trabalho. Além disso, feições de preocupação e cansaço são percebidos ainda que pelas câmeras e ainda que alguns estivessem com máscara tampando parte do rosto. Essas feições são resultado de vozes, olhares e relatos. O Brasil já marca mais de três mil mortes diárias pelo novo coronavírus. Dias antes dessa reunião, uma trabalhadora do CAPS tinha entrado em contato comigo dizendo que no serviço seria permitido a existência de pequenos grupos ao ar livre na modulação presencial. A velocidade de alteração do cenário coloca certa dificuldade no acompanhamento das decisões.

Nessa reunião estávamos entre poucos serviços, além do CAPS Profeta Gentileza. Logo após algumas conversas entre os trabalhadores onde eles traziam as reverberações que o alto número de mortes vinham tendo nos

serviços a supervisora pede para falar um pouco e passa a palavra para mim. Início apresentando aquilo que já decidimos em reuniões passadas em um exercício de contextualização do cenário onde a pesquisa se iniciou, a questão inicial, as mudanças que a pesquisa teve em decorrência do contexto e faço um convite para pensarmos se é possível ainda prosseguir. Cada vez mais tenho pensado que a existência do grupo só poderá se dar de fato, caso exista sentido para as pessoas que estarão envolvidas.

Nesse caso, já havíamos, na última reunião, delineado uma proposta que fazia sentido com o momento. Apresentei essa proposta em construção. A proposta é formar um grupo GAM com os trabalhadores do território para que façamos a apropriação dessa ferramenta primeiro como trabalhadores. Assim que o cenário indicar alguma estabilização e pudermos nos reunirmos em pequenos grupos, esses trabalhadores podem servir de multiplicadores dessa ferramenta nos serviços onde estão alocados. Logo que fiz a apresentação, uma trabalhadora presente disse concordar e puxou o debate para pensarmos dias e horários. A discussão que se segue é um debate sobre horários possíveis e mais uma vez relatam o aumento expressivo na quantidade de trabalho. O cenário pandêmico parece exigir toda energia e força para atenção e cuidado ao combate à COVID-19. Alguns trabalhadores trazem exemplos indicando como a pandemia está exigindo do serviço. Nesse momento me senti envergonhada, como se aquilo que apresentei fosse mais uma demanda de trabalho. No entanto, a tarefa que identifico para a pesquisa é criar possibilidade de vínculo entre universidade e serviço, para isso é necessário que haja compreensão das possibilidades e limitações do momento. Não quero trazer mais demanda de trabalho e, ao mesmo tempo, desperta em mim um grande interesse em estar presente no serviço em meio a esse contexto e poder pensar juntos contribuindo de alguma forma. Produzir pesquisa nesse cenário é também de meu interesse. Então, mais uma vez, acho importante destacar a perspectiva de cuidado na estratégia GAM.

A GAM, além de produzir conhecimento também possui efeitos terapêuticos e de cuidado. Por isso, peço a fala e indico que o grupo é principalmente uma possibilidade de produção de cuidado para aqueles que

estão envolvidos. Procuraremos, então, pensar que o grupo é um espaço para cuidar daqueles que cuidam. Devolvo a fala ao coletivo com outra pergunta: “será que nesse momento é importante um espaço de cuidado para os trabalhadores?” Acredito que desse modo podemos modificar um pouco a demanda de trabalho e traçarmos uma estratégia de cuidado. Cuidado e trabalho são duas temáticas que perpassam o campo da saúde mental. Parece que articular essas duas temáticas pode trazer pistas para pensar um trabalho coletivizado. Fechamos a reunião com o encaminhamento de nos organizarmos para chamar os trabalhadores da atenção básica para a próxima reunião no dia 13 de abril. Uma trabalhadora, apoiadora da saúde mental que está na coordenação combinou que faria esse convite e nessa próxima reunião decidiríamos, junto com a atenção básica, quais dias e horários seriam possíveis.

Memória 13 de Abril de 2021.

Um dia antes da reunião a trabalhadora que ficou com a tarefa de fazer o convite aos profissionais da atenção básica me envia uma mensagem perguntando sobre a regularização de minha pesquisa na Plataforma. Digo que a pesquisa é regulamentada para ser feita no CAPS e que está em processo de modificação, já que agora seria com os profissionais do território e não só com os do CAPS. Ligo para ela, pois senti a necessidade de explicar o trâmite burocrático através de uma via mais pessoal que a mensagem, apostando na sonoridade de minha voz e de minha palavra. Ela relata que conversou com uma trabalhadora do centro de estudos e que aquele responsável pelas pesquisas no CAPS não é o mesmo responsável pelas pesquisas na atenção básica, disse que iria confirmar, mas não me deu certeza da possibilidade de participação desses trabalhadores no nosso encontro. Ainda no mesmo dia ela me envia uma mensagem dizendo que confirmou que realmente não poderia fazer esse convite aos profissionais da atenção básica, pois seria necessário primeiro a regulamentação da pesquisa também nesse outro centro de estudos. Disse também para que eu volte atrás no andamento da pesquisa e

faça somente com os trabalhadores do CAPS. Explico que não posso definir o direcionamento sozinha e peço para que ela compareça na reunião para conversarmos sobre o comitê de ética e a pesquisa formal. Minha estratégia de convencimento passa por explicar que essa reunião é o delineamento da proposta, então, não haveria problema dela participar. Ela concorda.

Nessa reunião, no dia seguinte, coloco mais uma vez o contexto da plataforma. Além disso, um certo desapontamento com o centro de estudos, pois, é um serviço que deveria facilitar a pesquisa, mas que na minha experiência têm dificultado. Durante todo o processo burocrático de aprovação tentei contato várias vezes com o centro de estudos, sem sucesso. Depois soube que alguns profissionais foram realocados do centro de estudos para outros serviços dentro da secretaria, já que no momento da pandemia não estavam aceitando nenhum tipo de pesquisa ou estágio. Isso justificou minhas várias ligações, sem respostas. Também apresento, mais uma vez, a GAM colocando que é uma pesquisa que já aconteceu em vários outros lugares. E que as ações que são feitas ali são respaldadas por um grupo que se dedica a pensar justamente essa temática dentro da Universidade. A trabalhadora pergunta se não poderíamos fazer através do grupo na UFF ao invés da pesquisa nos serviços, naquele momento penso que talvez essa seja a saída. No entanto, um trabalhador no CAPS coloca uma outra proposta. Já que a pesquisa foi regulamentada pela plataforma para acontecer no CAPS, poderíamos pensar que o CAPS fará um serviço de matriciamento, também com relação à pesquisa. Desse modo, convidamos os serviços de atenção básica para ir até o CAPS e compor o grupo. Concordamos. Partimos para o mapeamento do território. A zona oeste possui três NASF. A ideia que tivemos foi convidar pelo menos um trabalhador de cada NASF na tentativa de abarcar a atenção básica. Os trabalhadores do CAPS e alguns apoiadores das Residências Terapêuticas. Saímos com o encaminhamento de começarmos nossas atividades no dia 14 de Maio. Para o chamado dos trabalhadores fiquei de produzir um texto evidenciando a perspectiva de cuidado que exploraremos neste grupo.

Memória 17 de novembro de 2021.

Iniciamos o grupo na data determinada, mas ele durou cerca de 5 encontros até começar a esvaziar. Penso que a proposta tenha ficado aberta demais. No início, os trabalhadores estavam animados, preparei alguns slides, eles traziam questionamentos, a dificuldade estava mais presente na conexão à internet. Conforme o tempo foi passando e por não estabelecermos um número fixo de encontros, o debate foi ficando esvaziado. Fizemos uma pausa e retomamos conversa eu e mais três apoiadoras da coordenação da cap. 5.2. Uma delas, sugeriu que os trabalhadores que participassem do grupo contariam, neste tempo, com horas de trabalho. A partir dessa conversa com elas pensamos um ordenamento melhor desses debates. Ou seja, o horário que o grupo acontece será no horário de trabalho e estará programado na agenda dos trabalhadores, na tentativa de otimizar a participação. Além disso, definimos que serão seis encontros de uma hora e meia acontecendo de forma quinzenal. Estas são estratégias para tornar os encontros mais dinâmicos e possibilitar o acesso à discussão, bem como despertar interesse pela temática. Sendo assim, após essa pausa reordenamos e organizamos os encontros, iniciamos novamente o grupo, agora com um tempo de duração pré-estabelecido e apostando que isso motiva a participação.

Por conta dos encontros agora estarem programados na agenda dos trabalhadores, o grupo conta com a participação de cerca de 20 pessoas. No último encontro do dia 17 de novembro de 2021, contamos também com a participação do Centro de Convivência da Zona Oeste. Neste serviço já há um grupo GAM em processo de implementação com usuários através do virtual. A coordenadora deste serviço entrou em contato comigo e chamou os usuários para participarem do nosso grupo com os trabalhadores. Foi muito interessante esse contato, pois a ideia de nos apropriarmos dessa ferramenta com os usuários sugere uma troca entre trabalhadores e usuários que é muito rica. Nesse encontro, nossa tarefa era conhecer e debater o passo 1 do guia. Este passo é iniciado quando já falamos sobre nossos direitos. A ideia inicial do GAM é de que os usuários se apropriem dos direitos. Pois, se os usuários têm

apenas uma fonte de informação desses direitos, ou seja, a informação vem em apenas da indústria farmacêutica é sinal de que estamos perdendo de saber muito sobre nossos próprios direitos, estamos perdendo informação. Quando esse debate sobre direitos é iniciado, no passo 1 a ideia é conhecer um pouco sobre você, esse passo traz uma frase para pensarmos “Eu sou uma pessoa e não uma doença”. Nesse momento no grupo conversamos um pouco como esse passo pode ser difícil, pois somos ensinados a nos reduzirmos aos nossos diagnósticos ou como se aquele diagnóstico pudesse nos definir por completo. Nesse encontro, uma das trabalhadoras perguntou se haveria momento preferencial para introduzirmos os usuários ao GAM, ou seja, se os usuários, para conversar sobre isso, teriam que estar preferencialmente fora de alguma crise, ou já estarem iniciados nos debates sobre direitos. Como disse, nesse mesmo encontro contávamos também com a participação de alguns usuários que já estavam em processo de implementação de um dispositivo GAM no Centro de Convivência da região. Uma das usuárias se sentiu confortável para dividir que ela estava em crise naquele momento, mas que, como diz a frase do passo que estamos debatendo, ela não se reduz a crise. A partir disso, acredito que a questão fica respondida e como dito, é muito interessante que tenhamos usuários e trabalhadores debatendo juntos sobre isso. Então, depois disso, a mesma trabalhadora se sentiu confortável para falar de uma situação com a própria filha identificando a diferença da apresentação que ela faz de si mesma e a apresentação que a filha faz dela, fazendo referência a perguntas do passo 1.

Esses encontros ainda estão acontecendo e a partir dessa movimentação foi delineando uma problemática que acho pertinente tratar nesta dissertação. Quando estamos falando sobre saúde mental, quer seja no âmbito do trabalho quer seja no âmbito da busca por saúde é necessário definirmos a perspectiva da qual olhamos. Não há interesse aqui em defender uma perspectiva neutra, então, digo que o contato maior nos espaços de saúde prática, ou seja, dentro do serviço, esses espaços são majoritariamente compostos por mulheres. Decido então, conversar com a temática feminista para achar pistas do que esse recorte de gênero pode nos oferecer no âmbito

do estudo e articulação entre trabalho e cuidado.

2.2 Desmedicalizar a demanda e o trabalho que se sustenta para isso, e a partir disso, é um trabalho de formação?

Ao iniciar esse título observo os nomes *Trabalho de Formação* (a formação que dá trabalho). O projeto de dissertação estava inclinado a discutir e debater os entrelaçamentos entre educação e saúde e de que maneira esses campos teóricos e práticos se engendram na construção de uma formação clínica crítica, na formação de uma escuta ampliada a se deslocar de um lugar de saber hierárquico, que pode vir a reproduzir tutela enquanto herança de uma lógica manicomial. Como uma lógica manicomial pode ainda operar a partir das escutas que produzimos?

A pergunta disparadora coloca em evidência uma articulação dada de antemão, a formação é medicalizante. Essa articulação coloca esses dois pressupostos em relação de continuidade, pois os dois respondem à mesma lógica hierarquizante. A proposta é tomar como hipótese a descentralização do lugar de saber para contornar essa questão. Contornar essa questão não é impossibilitar esse debate, muito pelo contrário. O contorno da questão se dá na possibilidade de adentrar o debate e assim construir vínculos, amarrar a questão de outro modo, olhar por uma outra perspectiva, escutar de um lugar não hierarquizado.

O caso que o título me faz pensar aparece sempre em momentos de supervisão. Aparece também dentro dos espaços coletivos do movimento de luta antimanicomial. Aparece em aulas. Aparece em textos. Talvez seja eu e minha história localizada e construída dentro dos movimentos sociais que quer pensar uma reorganização da sociedade, direcionado a um modelo mais igualitário, tomando como ponto de partida a classe trabalhadora. Sendo assim, o que escuto nas falas dos trabalhadores, nos espaços coletivos, é o excesso de trabalho. Então, me coloco a pensar nessa questão que aparece tantas vezes em espaços de articulação entre saúde e educação.

Quando um usuário chega ao serviço de saúde e, num primeiro

momento, passa pelo acolhimento, o que eles conseguem dizer sobre o cuidado que podem encontrar dentro de um serviço de saúde é identificado, na maior parte das vezes, como uma demanda direta de medicação. É comum ouvir falas que dizem: “eu vim para ter uma consulta com psiquiatra”, “eu vim para trocar uma medicação”, “eu vim, pois preciso de um medicamento”. Dentro do serviço e, mais especificamente, dentro dos momentos de acolhimento ao serviço especializado de saúde mental no âmbito público, embora também no privado, o que os usuários conseguem dizer sobre uma estratégia de cuidado possível é a medicação. O trabalho do serviço, a partir disso, gira em torno dessa primeira demanda que o usuário consegue formular. Sendo assim, como pensar a promoção de saúde, no âmbito do cuidado especializado e acolhimento, traçando estratégias para além da medicação?

O dispositivo GAM nos ensina que debater sobre os medicamentos é tema disparador para construir com os usuários uma rede de apoio e cuidado para além do caminho já instituído que é a medicamentação. Ou seja, o trabalho que se aponta a partir do uso da medicação é direcionado a ampliar as discussões sobre direitos humanos, redes de apoio e políticas públicas. Então, com o dispositivo GAM aprendemos que a partir dessas discussões, a medicação não é fim do cuidado em saúde mental, a medicação é começo do processo de cuidado.

Nessa volta e modificação que o “campo de pesquisa” se dá, observo como vamos nos moldando para o que é possível no momento, nos sintonizando com a formação continuada e educação permanente. Obviamente, pensar estratégias para além da medicação faz sentido a partir de uma rede articulada de assistência que interliga diversos âmbitos da vida e é proposta por uma equipe multidisciplinar. Pensando assim, a proposta de escuta como acolhimento e estratégia de cuidado não é específica para o profissional médico, ou o profissional psi. É a partir da escuta que é possível a produção de cuidado. Então, o cuidado está calcado nessa produção de escuta, quer seja de um médico, psicólogo, assistente social, nutricionista, enfermeiro ou outro trabalhador. A questão que proponho pensar se dirige à forma com a qual iremos produzir essa escuta, ainda que de lugares diferentes.

Talvez, principalmente, de lugares diferentes.

O trabalho em saúde convoca o debate sobre a medicalização inicial que faz o usuário chegar ao serviço. Se, de um lado, a rede parece funcionar, pois os usuários estão chegando ao serviço, de outro é necessário, como veremos, um trabalho para desmedicalizar essa demanda. A hipótese que defendo é a de que desmedicalizar a demanda inicial produz cuidado e promove saúde. Parto dessa questão: assim como o usuário chega ao serviço com uma demanda específica, o trabalhador também chega aos espaços de articulação entre saúde e educação, como, por exemplo, a supervisão, com uma queixa específica: a demanda de trabalho é muito grande. É possível pensar que se existisse um medicamento que supostamente “desse conta” dessa demanda, o serviço engoliria essa medicação. Como isso não é possível em termos práticos, mas, serve para pensar em termos simbólicos, o que aparece como dado de pesquisa dentro dos serviços especializados é que, além dos usuários, os trabalhadores estão altamente medicalizados.

Nesse momento faz-se necessário desdobrar essa questão, pois há diferenças que marcam a relação do usuário com a medicação e a relação do trabalhador com a medicação. Como direi mais à frente, todo trabalhador é usuário do sistema único de saúde, importante não perder isso de vista, pois, um dos princípios estruturantes do SUS é, justamente, a universalidade do acesso aos serviços. O SUS é para todos e não somente para aqueles que não podem pagar por um plano de saúde privado. O projeto do SUS guarda em suas raízes de fundação perspectivas de coletivização do acesso ao cuidado, já que advém de um movimento de luta sanitária, e guarda em sua base preceitos de acesso à cuidado. Digo isso, pois, marcar a diferença entre a relação do usuário com a medicação e do trabalhador com a medicação pode proporcionar uma análise de que o trabalhador não é usuário. Quando destacamos esse dado de pesquisa me parece evidenciar que dentro do serviço de saúde, ainda que ocupando posições diferentes nesse espaço, a proposta de cuidado quer seja para os trabalhadores-usuários, quer seja para os usuários-usuários é a medicação.

Quando a medicação é vista como a única proposta de cuidado

possível, tanto para o trabalhador quanto para o usuário, o medicamento aparece em sentido medicalizante e medicamentalizante, isto é, uma lógica que reduz o cuidado à prescrição medicamentosa como afirmam Caliman, Passos e Machado em seu texto: *A medicação nas práticas de saúde pública: Estratégias para construção de um plano comum*. Em tal texto, os autores evidenciam uma perspectiva medicalizante que procura a resolução de problemas referenciando o sujeito a uma norma como parâmetro central. Os autores defendem que o olhar para a situação e a rápida identificação do que falta ao sujeito é uma maneira de anular sua singularidade. Para trabalhar o conceito de medicamentalização, ao longo do artigo, os autores irão conduzir um pensamento que vai na contramão da lógica prescritiva que patologiza as singularidades e medicaliza a vida. Para isso, é necessário diferenciar os conceitos de **medicamentação**, **medicalização** e **medicamentalização**.

O primeiro se refere à coordenação de ações relativas ao remédio - vender, prescrever, dispensar, consumir, gerir, acompanhar o uso [...] Quando as ações relativas ao medicamento são reduzidas à prescrição medicamentosa, a encontrar uma prescrição perfeita é denominado medicalização. Já quando a prescrição passa a ser o foco das ações e, tendo ela o fim de ser uma solução mais rápida para conquistar um suposto ponto de normatização condicionado à quantificação da existência, nomeamos esse processo de medicamentalização. (CALIMAN; PASSOS; MACHADO, 2016, p.20)

Evidencia-se, portanto, a medicamentalização como conceito possível para compreender a lógica relativa à prescrição como resultado do cuidado em saúde. Esse processo reduz o cuidado em saúde à medicação que se volta a uma única ação e que despontencializa tanto o sujeito, quanto o cenário em que está inserido. A utilização da medicação na era farmacológica responde a uma indústria farmacêutica que patologiza os processos de subjetivação privilegiando a reprodução desta norma. Ou seja, a lógica medicalizante e medicamentalizante oferece como resposta aos problemas sanitários a supremacia da prescrição em detrimento de outros atravessamentos com relação à medicamentação. Essa lógica que rege a proposta de cuidado possível é própria de um sistema que focaliza em um processo e o toma como

central, deslegitimando os outros discursos e saberes, o que resulta na hierarquia do saber médico. O medicamento aparece então como tentativa de aderência ao sistema capitalista colonial privatizante e individualizante.

Logicamente a medicação tem implicações diferenciadas conforme o sujeito que as utiliza. Além disso, essas diferenças também aparecem quanto às formas de utilização. O fármaco pode ser utilizado não apenas como medicação, mas também como ferramenta ritualística ou de recreação. O que queremos destacar inicialmente é que, se tanto para usuários quanto para trabalhadores a medicação aparece como proposta inicial de cuidado, por outro lado, existe uma grande diferença no que concerne à gestão desses medicamentos. Geralmente os trabalhadores guardam a responsabilidade de gestão das medicações dos usuários, isso quando estes estão no serviço. Em casa, aqueles que geralmente são incumbidos da gestão da medicação são os familiares.

Desse modo, uma das diferenças que se evidencia é que no caso dos trabalhadores-usuários estes são mais convidados a participar da gestão da própria medicação. Mas, como assim? Ou seja, os trabalhadores cuidam da medicação, ministram a medicação, tanto para eles quanto para os usuários. Com relação aos usuários é terceirizado o serviço da gestão. Há, no que concerne à medicação dos usuários, uma desresponsabilização dessa gestão. Essa desresponsabilização se efetiva por um atravessamento coisificante dos usuários que os coloca, dentro da sociedade civil, como aqueles que não podem responder sobre si mesmos. Isso, recorrentemente aparece nos cotidianos do serviço.

Para trazer um pouco de materialidade para a situação que coloquei acima quero dividir uma experiência que tive dentro de um serviço no município de Volta Redonda, interior do Rio de Janeiro. O caso que trago é de uma usuária que frequentava o serviço participando de diversas atividades ao longo dos cinco dias da semana. Sua casa era próxima do CAPS de referência. Geralmente ela ia caminhando até o serviço e chegava antes de todos os trabalhadores, sempre, ainda que se queixasse com frequência de “ter” que comparecer ao serviço todos os dias. Identificava com rapidez os novos

trabalhadores e recorria a eles com um pedido em particular: “converse com a coordenadora e peça para que eu possa ir mais cedo pra casa hoje. Não quero ter que vir todos os dias.” Mas, seu vínculo com a instituição a amarrava um tanto quanto apertado e ela estava, no dia seguinte, à espera da primeira pessoa que chegasse ao serviço.

O caso é que desde o falecimento do pai, foi acordado com a usuária que a mesma frequentaria o serviço todos os dias. Ela se queixava, mas ia. Poderia sair do serviço assim que tivesse tomado a última medicação do período da tarde, que se não me engano, era por volta das quinze horas. Era a tentativa do serviço de segurá-la para que lá dentro ela estivesse assessorada para fazer o uso dessas medicações. Enquanto estava no serviço, suas medicações seriam ministradas adequadamente e essa conversa era estabelecida inúmeras vezes por dia com a usuária. Mesmo ela querendo ir embora, também demonstrava gostar desse movimento que a colocava como receptora dessa medicação vinda da trabalhadora de referência. A trabalhadora e ela sustentavam um vínculo quase que maternal e o cuidado era oferecido ali, também pela via da medicação. O movimento interessante é que, quando tínhamos que discutir sobre o caso dessa usuária, o serviço defendia que era necessária a presença da mesma no serviço para que ela fizesse o uso da medicação, em casa não iria ministrar o medicamento de forma correta e então poderia abrir uma crise. Esse contexto fomentou a criação de um vínculo de dependência entre usuária e trabalhadora. O vínculo era tão curioso que quando a trabalhadora estava atarefada e se esquecia do horário da medicação a usuária a lembrava de que ela teria que lembrá-la da medicação. Ou seja, a usuária dizia: “não está na hora de você me lembrar de tomar a medicação?”

O que esse exemplo parece materializar é que a gestão da medicação fica resguardada ao profissional. Os usuários não são vistos como sujeitos, não podem responder sobre si, não possuem responsabilidade quanto à sua própria medicação. Tal problemática vai de encontro às práticas da GAM, pois a partir da noção de desresponsabilização com a medicação pode-se pensar a deslegitimação desses usuários com relação à própria vida. É possível

compreender a partir da medicação a retirada da autonomia dos usuários. Esse ponto é compreendido pela GAM como o ponto cego da reforma psiquiátrica. O ponto não reformado da reforma (CALIMAN; PASSOS; MACHADO, 2016), pois é resquício da lógica asilar e manicomial. Essa separação entre quem sabe e quem não sabe cria uma relação de dependência, aquilo que justamente a GAM pretende questionar. O intuito do grupo é a ampliação das redes de co-dependência e a formação de um grupo heterogêneo.

Nessa perspectiva, o coletivo é uma instância processual e instituinte, voltada ao futuro, onde a autonomia – ao contrário de isolamento e independência individual - é a criação de subjetividade a partir dos encontros. Sendo assim, essa subjetividade gestada e afirmada nos encontros parte e se remete a um coletivo em constante devir. Daí um corpo comum pode surgir enquanto rede de marcas e trajetos que se desdobram entre uns e outros sem, no entanto, se resumir nem a um, nem a outro. O indivíduo-terminal deixaria de ser, dessa maneira, um mero consumidor ou reproduzidor de programas, mas um ponto de chegadas e partidas, onde mundos, terminam e se inventam continua e coletivamente. (CALIMAN; PASSOS; MACHADO, 2016, p.24)

Aponto, com o exemplo e a discussão dos conceitos relacionados à prática GAM, um ponto de diferenciação entre o uso de medicação dos usuários e o uso de medicação dos trabalhadores. Gostaria de colocar essa diferença, podendo questionar, também, os inúmeros atravessamentos que perpassam a relação entre trabalhador e medicação. Ou seja, quando o ponto de referência é a relação dos usuários com a medicação e consequentemente com seu próprio processo de cuidado, a situação sugere que a relação de autonomia do trabalhador com seu medicamento e com seu processo de cuidado é estabelecida e legitimada. No entanto, é interessante tomar esse ponto como uma questão e não estabelecer essa relação direta. Quando se afirma como verdade uma proposição, facilmente podemos estabelecer uma relação de verdade com aquilo que tomamos como o contrário da preposição. O exercício proposto aqui é questionar esses pontos, ampliando o debate para a compreensão de que essa sequência lógica é também resultado de uma visão binarista. Isso pois, afirmar essa diferença pode ser lida como lados opostos de uma dicotomia. Logicamente, posições diferentes implicam os sujeitos de maneiras diferentes, pois estes ocupam espaços que são outros.

Mas, os trabalhadores também estão sob uma lógica individualizante e privatizante. A medicação também pode aparecer para os trabalhadores como algo que apaga a singularidade.

Estando a relação entre medicação e autonomia colocada para todos, com diferentes implicações, acredito ser importante um resgate histórico do movimento de luta antimanicomial. Pois, se o medicamento é para a pesquisa GAM um ponto cego da reforma psiquiátrica recordaremos, então, a origem do movimento de resistência às práticas asilares do hospital psiquiátrico, questionando tanto o que desse debate ficou para trás quanto novas tecnologias de controle que produzem uma subjetivação sofisticada e atualizam esse controle. A base de fundação desse movimento inicia-se junto com a reivindicação dos trabalhadores por melhores condições de trabalho. Ou seja, propor um questionamento a partir desse ponto cego está intrinsecamente conectado com a questão da relação de trabalho dentro dos serviços substitutivos. O movimento de Luta Antimanicomial, através das reivindicações, assume um papel relevante em um cenário de redemocratização. A Reforma Psiquiátrica no Brasil está historicamente associada ao movimento dos trabalhadores de saúde mental.

As reivindicações giram em torno de aumento salarial, redução de número excessivo de consultas por turno de trabalho, críticas à cronificação do manicômio e ao uso do eletrochoque, melhores condições de assistência à população e pela humanização dos serviços. Este movimento dá início a uma greve (durante oito meses no ano de 1978) que alcança importante repercussão na imprensa. (LÜCHMANN e RODRIGUES, 2007, p. 402)

Sendo assim, pode-se constatar que a luta antimanicomial nasce junto do fomento das reivindicações dos trabalhadores. Trazendo a dimensão política do problema que atravessava a assistência psiquiátrica, no que concerne à lógica asilar. O movimento social constitui-se como um movimento plural e heterogêneo. Por isso, dentro do movimento de Luta Antimanicomial há um exercício que propõe uma aproximação entre trabalhadores e usuários, já que a luta é feita a partir de diferentes atores. Nesse processo de construção coletiva é necessário traçar estratégias para multiplicar as vozes, ampliar o

debate e amplificar o som. Principalmente quando se trata de um movimento que se pretende comprometido com o questionamento das metodologias de tratamento manicomial. O movimento de Luta Antimanicomial só pode fazer sentido quando articula os trabalhadores do serviço com aqueles que utilizam dos serviços substitutivos de saúde mental. Ou seja, pensando políticas públicas a partir dos usuários e trabalhadores da política.

A clínica que se coloca a partir da reforma psiquiátrica é a clínica da participação cidadã e do protagonismo dos usuários. Conceitos bem evidenciados nas práticas GAM. Sendo assim, acredito que o exercício da GAM pode vir a sinalizar caminhos possíveis para pensar a relação entre trabalhadores-usuários e usuários-usuários, já que a criação do grupo pressupõe a construção de um plano comum heterogêneo. Para abordar o ponto cego, a reforma não reformada, é preciso voltar ao início da luta antimanicomial, já que o movimento nasce das reivindicações por melhores condições de trabalho no âmbito da assistência. A medicalização aparece como resquício de uma lógica massificante que reduz o exercício do trabalhador à reprodução dessa lógica.

Em seu livro *A Loucura do Trabalho*, Cristophe Dejours (1987) se apoia no seguinte pressuposto: a organização do trabalho exerce, sobre o homem, uma ação específica, cujo impacto é no aparelho psíquico. O livro traz a reflexão sobre a relação trabalho-doença não em um sentido de causalidade, mas sim, em um sentido de continuidade. Esse trabalho traz pistas para pensarmos nessa relação colocando em questão, não o trabalho em si, mas a organização do trabalho, ou melhor, a organização dos trabalhadores no exercício do trabalho. Há uma relação entre a organização do processo de trabalho e a organização em um movimento social. A organização, em um cenário de movimento social, ou a organização das atividades diárias, cotidianas do serviço são, em suas especificidades, modos de resistência. A questão do livro de Dejours abre caminhos para pensarmos a dimensão coletiva do trabalho, organizadora e, portanto, formadora.

A primeira motivação que me coloca a pesquisar a relação trabalho-doença é a problemática que advém do cotidiano dos serviços sobre a

medicamentalização dos profissionais da saúde. Como incrementar, nesse debate, outros conceitos para compreendermos a massificação dos trabalhadores em seus processos de trabalho? Seria pela via da aposta, que a organização forma um todo coeso, ainda que heterogêneo e plural promovendo sentido ao trabalho coletivo? É, através do caminho indicado, pela via da formação que apostamos na produção de sentido. A relação trabalho-doença sugere que

[...] o trabalho atravessa profundamente a vivência da doença: doença-avesso-do-trabalho, a tal ponto que a falta de trabalho, torna-se, em si, um sinônimo de doença [...] Doença e trabalho! Esse par indissolivelmente ligado guarda um conteúdo específico: a ideologia da vergonha erigida pelo subproletariado não visa a doença enquanto tal, mas a doença enquanto impedimento ao trabalho. [...] A doença é vivida como um fenômeno totalmente exterior resultante do destino e dependente da intervenção exterior: o médico, o hospital. Quando ele luta contra a dor, quando ele tenta negar seu sofrimento, o homem do subproletariado não pretende ter uma atitude terapêutica ao processo patogênico. Ele sabe que procura somente fazê-lo calar. (DEJOURS, 1987, p.33)

Considerando as problemáticas trazidas até aqui acredito ter abordado a importância de pensarmos a medicamentalização dos profissionais da saúde. A problemática convoca explorarmos o sofrimento (pela via do cuidado e do acolhimento), pois, podemos traçar a partir daí uma tentativa de organização coletiva. A medicação é uma resposta individualizante à questão do sofrimento, privatizante, que não altera o cenário, não produz atualização, não produz formação.

Desse modo, quando os trabalhadores se encontram nesses espaços que articulam saúde e educação, o que aparece é um dado importante e que de certa forma denuncia um adoecimento não só do trabalhador como também do serviço de saúde. Assim como o processo de cuidado com o usuário é possibilitado por estratégias de articulação de redes de apoio, desmedicalizando essa demanda inicial, o trabalhador e o serviço de saúde também necessitam de articulação com redes de apoio, que possam cuidar desse adoecimento, que aparece através deste dado que é o sofrimento psíquico dos trabalhadores.

Alguns questionamentos são produzidos: em qual processo de cuidado de si esses trabalhadores estão implicados? Estão sendo cuidados em âmbito público ou privado? Existe uma defesa ao mesmo tempo que uma utilização destes recursos públicos? Esse sofrimento psíquico é atravessado por esse trabalho, então, como isso impacta as relações dentro do serviço? Para além destes questionamentos provocativos, o que quero com eles é esmiuçar a questão numa tentativa de perceber tantas diferenças entre o trabalho que é da ordem da descrição, que pode ser descrito e o trabalho que é da ordem do imprevisível, que não pode ser descrito. A partir disso fazer uma articulação entre trabalho prescrito e medicamento prescrito. Iremos utilizar conceitos do campo da ergonomia, de trabalho prescrito e trabalho real.

Trabalhar é preencher a lacuna entre o prescrito e o real [...] o que é preciso fazer para preencher esta lacuna não tem como ser previsto antecipadamente. O caminho a ser percorrido entre o prescrito e o real deve ser, a cada momento, inventado ou descoberto pelo sujeito que trabalha. [Desta forma] o trabalho se define como sendo aquilo que o sujeito deve acrescentar às prescrições para poder atingir os objetivos que lhe são designados; ou ainda aquilo que ele deve acrescentar de si mesmo para enfrentar o que não funciona quando ele se atém escrupulosamente à execução das prescrições (DEJOURS, 1987, p. 28).

Afim de fazer um debate sobre medicamentação dos trabalhadores de saúde mental iremos nos auxiliar desses conceitos sendo o trabalho prescrito aquele burocratizado, ou seja, tudo aquilo que pode ser dito sobre o trabalho e o trabalhar, suas funções, como executá-las, a rotina e até mesmo, pode-se chegar a dizer, sobre os percalços mas, é impossível transmitir, por meio da linguagem, essa construção do corpo no processo de trabalhar. E o trabalho real, como a construção desse corpo que trabalha, os movimentos que delineiam um certo jeito e desenvoltura no corpo em relação ao fazer que, por vezes, sintoniza com os outros corpos ao redor e em conjunto constroem estratégias de resistência. Os trabalhadores imersos nesse ambiente são agentes, e ao mesmo tempo, consumidores dessa máquina que é o processo de trabalho. Dessa forma, constroem não só sentidos, mas também criam mundos que territorializam o serviço de saúde mental. Então, voltando a

questão da medicamentação, quando os trabalhadores são convocados a falar sobre o processo de trabalho, o que aparece em seus corpos é uma necessidade de cuidado e, talvez, o mais impactante é que a figura que articula a construção de redes de apoio para com os usuários é, às vezes, a mesma que vê na medicação a proposta de cuidado possível para si.

Como dito, a Reforma Psiquiátrica Brasileira e o movimento de luta antimanicomial são espaços atravessados pelo movimento dos trabalhadores em saúde mental reivindicando melhores condições de trabalho. Ou seja, os constrangimentos oriundos das condições de trabalho nas instituições asilares construíram coletivização. Obviamente as condições de trabalho nas instituições asilares não são as mesmas que na rede substitutiva. No entanto, fazer tal comparação deixa evidente como a rede de atenção complexifica o trabalho e o trabalhar, ao mesmo tempo que, a rede substitutiva é muito mais eficiente, quando comparada em termos da produção de cuidado.

Sendo assim, quando em espaços de supervisão os trabalhadores relatam algum caso para pensarmos juntos em caminhos possíveis de potencialização de vida, o trabalho de supervisão aponta para estratégias que acionam a rede. Ou seja, a ideia é mapear o território que o usuário circula. Pensa-se uma estratégia articulada com o serviço de atenção básica, com a rede de assistência, quando necessário, aciona-se também a escola, chama os serviços, chama o Juíz, se precisar, chama cuidador, faz reunião para discutir o caso, marca visita domiciliar, chama a família, ou as pessoas próximas, mapeia-se o que os serviços de saúde podem oferecer, as atividades, as oficinas, cria vínculo com o usuário, estabelece junto com ele um Projeto Terapêutico Singular, entre outros trabalhos. É por aí que se direcionam as estratégias de produção de cuidado em rede. No entanto, geralmente o que acontece é que após o apontamento dessas estratégias os trabalhadores identificam: “é muito trabalho”.

A intenção não é trazer essas ideias como apontamento do que os trabalhadores deveriam estar fazendo, até porque quem conhece a realidade do serviço é que pratica o trabalho na ponta. Nossa ideia não é deslegitimar nenhum tipo de desconforto com relação ao trabalho, e sim poder escutar esse

relato, “é muito trabalho” e trabalhar com isso. O que esse relato traz como novidade para nos ajudar a pensar o Sistema Único de Saúde?

É interessante pensar que estratégias que ativam a rede e apontam para um trabalho de cooperação, de colaboração, de integração, vêm carregadas de uma exaustão do processo de trabalho, e são identificadas como “mais trabalho”, para além de tudo que já está estabelecido como demanda. Logicamente, é verdade. Ativar a rede é mais uma coisa, além do funcionamento do próprio serviço em questão. Para ativar a rede, é necessário diálogo e cooperação com outros serviços em um cenário mais amplo. Então, de fato, ativar a rede é mais um trabalho. No entanto, este, “mais um trabalho”, é o que garante possíveis desdobramentos. Trazendo o outro texto apresentado, sobre o rearranjo do lugar de escuta, para o diálogo, e “fazendo um link” entre eles, o desdobramento é o que possibilita a prática que não se encerra nela mesma.

O que é interessante de podermos trabalhar é que quando o trabalho comporta esse *a mais do trabalho*, esse *mais um do trabalho*, ele se desdobra produzindo estratégias, ativando rede, produzindo debate, coletivização e tudo mais. O mais um é o que opera como intruso, e garante a continuidade do processo. Então, é um trabalho que dá mais trabalho, ao mesmo tempo que esse desdobramento é necessário para que o processo de trabalho se operacionalize. Isso quer dizer que, quando o trabalho se desdobra, fica evidente que o trabalho é algo que fazemos juntos, uma relação entre nós e se comporta como essa máquina em que somos agentes e consumidores ao mesmo tempo. O trabalho é um regime de produção do espaço e dos corpos. O que quero trazer aqui como contribuição, é se já não é próprio do funcionamento em rede um trabalho de formação.

Olhando para o relato dos trabalhadores e tomando como um dado de pesquisa, podemos a partir disso transformar esse dado em uma questão que convida a produzir implicação a respeito da rede, do trabalho, do trabalhar. Desse modo, é importante escutar o que está sendo dito no relato. Por vezes, os espaços coletivos podem produzir uma discursividade não discursiva, quando é necessário se atentar para a produção do discurso que opera ali. Ou

seja, mais uma vez destacando a importância da legitimação das questões que os trabalhadores trazem quando relatam exaustão com relação a carga de trabalho.

Além disso, convida a pensar como esses discursos dizem de um momento específico que é o momento atual de crise do setor público da saúde. Essa crise não é algo pontual, é resultado de um processo, que se intensifica por uma lógica de governo que apresenta toda sua proposta de ação ignorando alguns direitos universais, dentre eles o direito à saúde. Sendo assim, não vemos apresentação de propostas para lidar com a crise que já vinha se apontando e que no final de 2016 culminou na aprovação da PEC 55, atual EC 95/16. Não apresentar propostas não significa não ter um plano de ação. A leitura que faço da atual conjuntura é de que as propostas não são apresentadas, pois se trata de um projeto político, sintonizado ao neoliberalismo, determinado a mover ações que, em um primeiro momento, se dedica a cortar as despesas acarretando em sucateamento do serviço de saúde, das relações de trabalho, da possibilidade de construção de redes e assim facilitar uma certa justificativa de privatização. Nada novo, além da lógica neoliberal de mercantilizar os direitos básicos assim como as relações, o que sintoniza com a lógica de medicalização. Mercantilizar os direitos básicos por sua vez é torná-los comercial, o que parece estar em concordância com medicalizar que, por sua vez, responde a um imaginário social onde é vendida a ideia de bem-estar.

Até aqui, apostei, no decorrer do texto, como o trabalho em saúde necessita de uma coletivização das práticas. Se aponto para a medicalização como um elemento que intervém como uma barreira nesse processo, é necessário tratar o que conduz à condição de que ela apareça, logo de saída, como uma demanda inicial dentro do serviço. Aqui se faz necessária uma breve digressão para evidenciarmos que a conjuntura que se apresenta atualmente não é nova, mas sim resultado de uma lógica liberal que vem há tempos nos conduzindo e embarreirando a possibilidade de coletivização do trabalho e impondo uma individualização das práticas.

O projeto político de sucateamento evidencia-se quando nos atentamos

para a questão das datas. O golpe que derrubou a presidente Dilma aconteceu no final de Agosto de 2016, ascendendo ao governo Michel Temer. Logo em seguida, em dezembro do mesmo ano é aprovado o Projeto de Emenda Constitucional 55. Essa PEC prevê o congelamento dos gastos com Saúde e Educação durante 20 anos, o que já vem provocando retrocessos sociais, já que coloca a população mais vulnerável em risco, não garantindo uma cobertura dos direitos básicos. Ou seja, a proteção social no decorrer desses 20 anos estará muito abaixo do que os níveis atuais. A PEC foi aprovada mesmo que com grande movimentação popular contrária. Grande parte da população se manifestando através das mídias sociais, também de ação direta nas ruas, ocupações nas escolas e universidades, manifestações de setores da saúde e educação organizados a partir de sindicatos, principalmente em frente ao congresso e na Esplanada dos Ministérios. Mesmo assim, a PEC foi aprovada apontando para um modelo mercadológico que beneficia o setor privado. A leitura que se faz dentro dos espaços coletivos que procuram construir movimentos de resistência com relação a esse cenário, é de que esse é um projeto que vem de longa data e que transcende as fronteiras nacionais. Ou seja, o projeto neoliberal é internacional e para fazer uma análise sobre o que acontece com o Brasil, no que diz respeito à perda dos direitos básicos, é preciso se atentar para o fato de que estamos intrinsecamente ligados a um cenário internacional. Esse cenário responde a instituições financeiras internacionais (FMI e Banco Mundial) que supostamente têm o intuito de auxiliar no desenvolvimento econômico no mundo. Então, os países se alinham em busca de uma economia “globalizada”. Em troca disso, essas instituições oferecem direcionamentos que especificam quais são os países desenvolvidos e os subdesenvolvidos. Cria-se, então, uma relação de troca baseada na compra e venda. Quanto mais globalizado, mais próximo de uma certa representação.

A partir de 2015, com os ajustes fiscais no governo, esse projeto fica mais evidente com cortes, contingenciamentos e com propostas claramente privatizantes. Desse modo, os governos que se diziam progressistas também representavam a continuidade desse processo com as políticas neo-liberais

que já vinham anteriores. Pude acompanhar o golpe que culminou na derrubada do governo Dilma e na aprovação da EC 95 dentro do movimento estudantil. Dentro das universidades, em 2016 o movimento estudantil propunha um debate com relação aos cortes dos repasses de verba e como eles reverberam no funcionamento desta. Faço o recorte de como o processo se deu dentro da universidade, pois foi onde eu pude acompanhar de perto. Todo esse processo de retirada de direitos é apresentado como modernização, como ganho de direitos, como ampliação de acesso, como inclusão. O que as políticas oriundas desse momento trazem é uma marca de redução dessas lutas pela educação, para se colocar em curso um modelo universitário alinhado ao neoliberalismo.

Infelizmente, no que concerne à saúde pública não é diferente. Importante destacar que trago essa discussão, para juntar elementos e pensar a questão do trabalho em saúde. Debater o trabalho em saúde é incompleto se não abordarmos a questão sobre financiamento público destinado às políticas que podem garantir esse direito. De certa forma, essa questão se abre para discutir como as políticas neoliberais também sintonizam a saúde com a lógica mercantilista. Não é muito diferente do que acontece no âmbito da educação. Na saúde, o projeto neoliberal que tramita entre órgãos e instituições internacionais de financiamento, reverberam em ações, e é facilitado por posicionamentos políticos que trabalham no sentido de colocar à venda planos de saúde. Os planos de saúde individualizam a questão do acesso indo contrário ao princípio básico e fundador do SUS que é a universalização do acesso. Não existe, por meio do atual governo, um posicionamento claro e coerente em defesa do SUS. É preciso, assim como em outras áreas, fazer a crítica de modo a pensar como as políticas foram articuladas a serviço de uma lógica que estimula a privatização. Em 2012 foi sancionada a Lei Complementar 141/12 que estipula valor mínimo a ser direcionado pela União para os estados e municípios com relação a gastos em saúde. No entanto, a união já vem reduzindo sua participação no financiamento do que diz respeito à política de assistência à saúde, acarretando subfinanciamento para os estados e municípios. Em contrapartida, esse subfinanciamento gera uma grande

população desassistida que terá que recorrer a outras formas de garantir, ainda que de modo precarizado, o acesso à saúde. Espaço promissor para a venda dos planos.

Os planos de saúde vêm legitimar uma leitura de que o SUS é um sistema deficitário que assiste somente à população vulnerável. Ou seja, o SUS é para aqueles que não podem pagar e o sistema privado de saúde é para aqueles que têm maior poder aquisitivo. Além disso, a produção de cuidado no âmbito privado não debate sobre processos de coletivização. A ideia de saúde privada ignora aquilo que não é uma assistência médica individual. Ou seja, prioriza o individual em detrimento de ações coletivas em saúde. A partir disso, a noção de saúde é por si só privatizante, uma pessoa pode ter acesso enquanto outra não tem, se configurando assim como um sistema excludente, próprio da lógica mercantilista. Resgatando a intenção daquilo que vim apresentando no início do texto, a noção de saúde e produção de cuidado acontece a partir da coletivização, contrária a noção individualizante estruturada, em última instância por um sistema capitalista.

Sendo assim, acho válido um debate sobre o uso do ambiente comum, do corpo e do saber, transformados pelo capitalismo em recursos para a produção de riquezas, compreendendo que cuidado e saúde são promovidos em relação, tomando como norte uma noção coletivista. Ou seja, nós, como sujeitos, não estamos desprendidos num universo particular. Nós produzimos, em coletivo, nossos mundos possíveis para a existência. Desse modo, não estamos desprendidos uns dos outros nem da natureza. Se dedicar a pensar processos de cuidado coletivo epistemologicamente é se sensibilizar e retrilhar o caminho das bruxas. Silvia Federici vem trazer em sua obra *Mulheres e caça às bruxas* que a apreensão e o extermínio das bruxas foi um projeto de apropriação do corpo das mulheres e de acabar com o uso dos recursos naturais. Isso acontece simultaneamente com a colonização, o processo de delimitar terras, expropriar saberes populares e criminalizar práticas ritualísticas. Paul Beatriz Preciado em sua obra *Testo Junkie* dialoga com Silvia Federici apontando para o fato de que

A inquisição atua aqui como uma autoridade de controle e repressão tanto do saber farmacológico das mulheres das classes populares como da *potentia gaudendi* gerada pela metabolização corporal da composição química dessas plantas, bem como pelos discursos e conhecimentos compartilhados ligados a rituais sociais. [...] Tudo isso estava conectado: a emergência do capitalismo protoindustrial e suas formas científicas de produção e transmissão de conhecimento; o extermínio de uma parte da população que possuía saberes farmacológicos; o uso dos discursos raciais como argumento religiosos e biológicos para justificar a escravidão e a opressão; o surgimento de novos modos de segmentar, demarcar e cercar a terra. (PRECIADO, 2018a, p. 162)

Trazendo esses teóricos para o debate, observa-se como o conhecimento científico, a serviço de um capitalismo colonial moderno, se articulou para patologizar essas práticas ritualísticas coletivas que se configuraram como uma tecnologia de subjetivação. Esse debate se faz importante, pois traz elementos que auxiliam a pensar que o uso da medicação, no que diz respeito à medicamentação, é respaldado em um saber científico colonial, capitalista, liberalizante e privatizante. No entanto, o saber científico, que na atualidade segue a lógica liberal, colocado em perspectiva é só mais um saber. Saber este que, num jogo de forças foi se evidenciando como se fosse o único saber legítimo, provocando um certo distanciamento dos sujeitos de seus ambientes comuns, de seus corpos e de saberes coletivos que produziam cuidado em uma outra lógica de subjetivação.

À medida que vamos aprofundando nesse assunto, outras questões vão se abrindo possibilitando a construção de conhecimento. O que irá direcionar essa pesquisa não é um ideal cientificista privatizante, mas sim possibilidades outras de construção de metodologias de produção de cuidado. Sendo assim, poder estudar esse processo é abrir a possibilidade para outras práticas de cuidado, visto que a prática de medicamentação, a medicação excessiva, sintoniza com uma certa conveniência a processos individualizantes que promovem um distanciamento entre nossos corpos e os ambientes coletivos. Além disso, principalmente promove uma dualidade entre uma certa racionalidade, que estaria alocada na cabeça e alcançada através de uma certa lógica racional de um lado, e de outro uma experiência passional proveniente das paixões, um certo lado sentimental que supostamente dá

conta dos afetos. Talvez o que a medicamentação vem trazer é uma oposição binária proveniente de uma cisão simplista entre mente e corpo. Racionalidade e afetos.

No início, abordei a questão do trabalho coletivo no serviço aparecendo como um “mais um trabalho”. Questiono, se a lógica do trabalho não precisaria ser subvertida para podermos pensar essa coletivização como estando na base do processo. Nesse sentido, o medicamento apareceria como a forma privatizante que usuários e trabalhadores, precarizados pelo funcionamento neoliberal dos serviços públicos, teriam para lidar com esse adoecimento resultante da privatização do processo.

Faz todo sentido poder debater sobre isso dentro de um sistema de saúde que traz a rua para a cena. Pois, ainda que os serviços de saúde mental estejam alocados num espaço físico, a proposta de existência do serviço é na promessa de ocupação dos espaços públicos, a rua e os outros dispositivos presentes no território. Então, como podemos produzir espaços de cuidado onde os integrantes, quer sejam usuários, quer sejam trabalhadores, possam se expressar de maneira mais sincera com os próprios afetos. Trazendo o corpo em questão e se expressar a partir desse corpo. Trazendo suas vivências, experiências que marcam uma trajetória e um lugar singular de onde falamos.

Acredito que a construção desse espaço se dá à medida que podemos acessar nossa trajetória, nosso ponto de vista. Nesse sentido bell hooks traz um debate sobre corpo e sala de aula.

Quando começamos a falar em sala de aula sobre o corpo, estamos automaticamente desafiando o modo como o poder se orquestrou nesse espaço institucionalizado em particular. A pessoa mais poderosa tem o privilégio de negar o próprio corpo. (hooks, 2013, p.183)

Talvez acessar a experiência é poder se deixar afetar, colocar o seu próprio corpo ali e conseguir se deslocar minimamente para produzir um rearranjo no campo perceptivo. Ou seja, não há medida prescrita quando se trata da produção de cuidado. Acontece a partir da produção de vínculo e na

possibilidade de acessar a sua própria trajetória. Assim podemos construir espaços onde vamos ouvir sem patologizar.

O levantamento dessas questões se faz importante para pensar como a medicação é um dispositivo de controle das populações minoritárias. Tomando como referencial a instituição asilar, fruto de uma política higienista, que é o hospital psiquiátrico. A medicação está a serviço da construção de um corpo louco, num mundo privado. O debate com a loucura precisa ser atravessado por um debate acerca da possibilidade de um comum que se apresenta implicado com as questões de raça, gênero e sexualidade que o colonialismo e a lógica capitalista liberalizante engendram.

3 O CUIDADO É TRABALHO

3.1 - A experiência é o campo.

“Oi, gente! Vocês estão me vendo? Vocês estão me ouvindo?”. Antes dos cumprimentos educados. Antes dos bons dias, boas tardes, boas noites, agora pergunto: “Vocês me escutam? Vocês me veem? Vocês estão aí?”. Preciso de confirmação para continuar. Pelo menos uma resposta, é o mínimo. Qualquer vestígio de coletividade ainda acende a vontade de continuar trabalhando/pesquisando. Tenho o péssimo hábito de ser esperançosa, em alguns momentos isso me é bom. Nesse momento percebo que também diz de uma dificuldade de lidar com o fato de que a pandemia coloca uma grande questão para os coletivos.

Nesse movimento incessante de conversar comigo mesma para fluir nesse processo de escrita, me faço as seguintes questões: “Como contrair grupalidade em pandemia?” e “É possível produzir saúde através do virtual?”

Como já disse, a pesquisa que me impliquei a desenvolver teve que atravessar grandes modificações para se ajustar e “dar conta” do momento pandêmico. Assim como em outras travessias, nunca se chega do outro lado igual a como se estava no momento de partida. As modificações são tantas que fica difícil costurar as linhas soltas do outro texto com os fios novos que tenho hoje em dia. Mesmo assim, me coloco à prova, pois acredito que esse seja o desafio. Produzir pesquisa está, para mim, tomando outra concepção. Entro nesse processo entendendo que, inicialmente, eu iria ao serviço para fazer pesquisa realizando o que convencionalmente se designa de colheita de dados. Agora o momento pede plantio. Os dados que recolho são marcas da minha própria experiência.

Nos encontros virtuais volto a atenção para o que sempre esteve ali. O quadro de trabalhadores, ou melhor, trabalhadoras, é desenhado por um recorte de gênero. Majoritariamente estamos falando entre mulheres e sobre cuidado. Vem a mim, memória de mulheres que tive por perto, os relatos que

faziam com relação ao trabalho vinham cheios de apontamentos de trabalhos excessivos, aquilo que, a partir de uma leitura individual, chama-se de queixa. Isso me faz voltar aos momentos em supervisão, quando nos relatos das trabalhadoras sobre excesso de trabalho não se escuta o processo de precarização das políticas de cuidado. Ou até se escuta, no entanto, o aparato por si só, quando são individualizados, não dão conta dos tensionamentos e reivindicações políticas. Para serem formativos, as discussões nesses aparatos não podem estar esvaziadas de política.

Não à toa, em debates feministas, a jornada tripla de trabalho é uma pauta recorrentemente levantada. Quando estamos nos referindo ao trabalho de cuidado em saúde mental é impossível deixar esse recorte de fora. Se, num primeiro momento, aponto para a questão das trabalhadoras em supervisão se abrindo com relação à demanda de trabalho excessivo, algo me conecta diretamente com a questão dentro de tais debates. Feministas discutem trabalho e, mais do que isso, discutem trabalho de cuidado. Há um caminho que acho pertinente fazer. A partir disso, podemos olhar essa questão e tentar escutar a demanda das trabalhadoras de um outro lugar.

Para falar de trabalho de cuidado, começo me aprofundando sobre o que é cuidado. Utilizo a ferramenta virtual, em busca de um saber generalizado, ou algo do senso comum. Penso que se estivesse em um cenário pré-pandêmico poderia fazer essa pergunta para as trabalhadoras e usuárias do serviço. No entanto, a saída tem sido pela virtualidade tentando produzir saúde e conhecimento. Em uma rápida olhada no Google, na busca do que essa ferramenta possa me responder acerca do que é cuidado, descubro que cuidado é ação de preservação, conservação, apoio. Pode ser direcionado a seres humanos, animais ou objetos. Resultado dessa pequena pesquisa no Google. Cuidar é ação de cuidado, é construção, portanto, demanda trabalho. Faço o mesmo movimento sobre o que é trabalho. Trabalho é conjunto de atividades produtivas e/ou criativas que uma pessoa exerce para atingir determinado fim, pode ser medido através do tempo de dedicação, salário ou eficiência. Cuidado e trabalho pressupõem movimento, pois os dois identificam ações.

Há algo que se guarda dentro dessas definições, feitas para atingir propositalmente um senso comum, que fica bem representado na palavra “acompanhamento”, que diz respeito ao cotidiano, rotina e frequência. Trabalho de cuidado é algo que se dá de forma longitudinal. Ou seja, é um trabalho que tem a ver com apostas. Aposto em algo hoje e vejo a reverberação disso ao longo do tempo com o trabalho de acompanhamento.

Pensando um pouco mais sobre cuidado, a partir de uma perspectiva do senso comum, tento localizar onde em minha vida aprendi o que é cuidado. Obviamente não existiu uma disciplina que falasse sobre isso na escola. Embora, existisse essa temática atravessando muitas disciplinas na graduação, no curso de Psicologia. Mas, ali já tinha uma ligeira ideia do que o cuidado significa em termos gerais. Ou seja, devo ter aprendido antes. Mas, onde? Não me recordo de explicarem isso. No entanto, como é próprio do aprendizado, provavelmente aprendi, sem saber que estava aprendendo. Aprendi nas relações de acompanhamento, no dia-a-dia, no cotidiano. Devo ter aprendido sobre isso antes de racionalizar, antes de existir possibilidade de fala. Imagino que aprender sobre cuidado é aprender.

Aqui vale uma breve contextualização para introduzir a teoria da Autopoiese e a teoria da Enação como expressões da Biologia do Conhecimento. O objeto de interesse da dissertação é o trabalho de cuidado na sua relação com a vida, ou melhor, com o vivo nos seus movimentos de expansão ou retração da vida. Por isso, a pesquisa se direciona para teorias da biologia para pensar esta relação entre viver, conhecer e cuidar.

Entraremos em contato com teóricos que se dedicaram a estudar a organização dos sistemas vivos através da observação de fenômenos biológicos. Maturana e Varela discutem em seu livro, *Árvore do conhecimento* (1995) o conhecimento humano por meio de observação e reflexão de estruturas biológicas. Em particular, seus estudos sobre os processos cognitivos os levaram a desenvolver um outro modo de abordar o ato cognitivo. Não é o externo que determina a experiência; o sistema nervoso funciona com correlações internas (MATURANA e VARELA, 1995, p. 24). Apesar de evidenciarem em seus estudos a organização de estruturas biológicas, as

contribuições desses teóricos vão muito além do campo de estudo e prática em biologia e reverberam para outros campos, como por exemplo, campo de estudos filosóficos, físicos, de desenvolvimento humano, área da educação, entre outros. As contribuições não ficam restritas a uma área de estudo, pois seus trabalhos alteram a percepção do ato cognitivo que possibilita compreender a dinâmica social a partir de fenômenos biológicos. Sendo assim, os fenômenos relacionais e comunicacionais também podem ser compreendidos através da história das mudanças estruturais de uma unidade autopoietica como organização mínima do ser vivo. Importante diferenciar os dois conceitos, autopoieses e teoria da enação, que se engendram e que nos servirão para compreendermos a tríade que quero propor: viver, conhecer, cuidar.

A autopoieses, foi então formulada a partir dos teóricos Maturana e Varela em seu livro *A árvore do conhecimento* (1995) onde irão dissertar sobre o vivo enquanto movimento de produção incessante de si. Nessa concepção, a unidade autopoietica é tomada como dinâmica operacional e, então, o ser vivo é definido por essa dinâmica de produção, em sua clausura operacional.

É assim que podemos definir o sistema nervoso, quanto à sua organização, como dotado de uma clausura operacional - ou seja, o sistema nervoso constitui-se de tal forma que, sejam quais forem suas mudanças; estas geram outras mudanças dentro de si mesmo. Seu operar consiste em manter invariáveis certas relações entre seus componentes diante das contínuas perturbações que geram, tanto na dinâmica interna como nas interações do organismo que integra. Em outras palavras, o sistema nervoso funciona como uma rede fechada de mudanças de relações de atividade entre seus componentes. (MATURANA e VARELA, 1995, p.193)

Inicialmente, neste livro os autores utilizam a unidade celular como modelo para analisarmos e compreendermos o sistema, mas a mesma lógica nos permite analisar sistemas mais complexos de interação como o sistema nervoso, por exemplo. As estruturas, ou sistema, são fechadas

informacionalmente, no entanto, abertas energeticamente. Sendo assim, não há a ideia de isolamento da estrutura de seu meio. A noção de acoplamento estrutural, também desenvolvida neste livro, propõe a ideia de perturbações entre diferentes sistemas que desenvolvem uma dinâmica de interação entre eles. Mas, o resultado dessas perturbações é determinado pela estrutura autopoietica e não pela estrutura do agente provocador. Sendo assim, podemos utilizar o conceito de clausura operacional para dialogar com autonomia como expressão do ser vivo.

Usamos a palavra "autonomia" em seu sentido corrente - ou seja, um sistema é autônomo se puder especificar suas próprias leis, aquilo que é próprio dele. Não estamos sugerindo que os seres vivos são as únicas entidades autônomas: certamente não o são. Mas uma das características mais evidentes dos seres vivos é sua autonomia. Estamos propondo que o modo, o mecanismo que torna os seres vivos sistemas autônomos é a autopoiese, que os caracteriza enquanto tais. (MATURANA e VARELA, 1995, p. 88)

Em continuidade a esses estudos, Varela desenvolve, junto a outros pesquisadores, o conceito de enação, tecendo uma crítica a abordagem cognitivista e defendendo, na abordagem enativa, a cognição não formada por representações, mas sim através da ação do sujeito no mundo. Na obra *A mente incorporada*, Varela, Thompson e Rosch (2003) inauguram o conceito de enação, compreendendo a cognição como ação incorporada, ou seja, não existe ato cognitivo desprendido de um corpo. Conhecer é experimentar o mundo, no entanto, o mundo que experimentamos não nos é oferecido de antemão, o acessamos por meio dos sentidos e o determinamos a partir de como nos locomovemos, de como tocamos, respiramos e comemos. Se cuidado é ação de acompanhar, cuidar também é conhecer. Nossas ações constroem mundos e corpos, a memória ancestral está na construção de nossos corpos.

Os autores ao fazerem a investigação dos componentes biológicos em suas relações constitutivas e organizativas observam que se propaga uma rede de transformações, onde o meio e organismo co-emergem. A fabricação de si que o organismo engendra, delimitando e se separando do seu meio, cria a

possibilidade de existência do próprio organismo, a contínua reinvenção do organismo que fabrica um meio no qual ele emerge. No entanto, pensando propriamente a lógica da reinvenção, o que a abordagem enativa traz de inovadora é que tal lógica não responde a um condicionamento do meio. A reinvenção é própria da organização da estrutura. O meio sustenta uma relação de perturbação, mas a modificação é própria da estrutura autopoietica. Experimentar o mundo é transformá-lo para então conhecê-lo. No entanto, nem sempre transformar é cuidar. Cuidar é encontrar saídas compatíveis com a estrutura autopoietica. A autonomia do ser vivo está em inventar sua vida a partir das contingências do meio e de sua estrutura. Por isso, acredito que cuidar e aprender sustentam uma relação de continuidade, pois, cuidar é aprender pela via dos sentidos. Mais uma vez, cuidado me parece ser pura experimentação e aposta.

Também podemos explorar o cuidado através da primeira instituição da qual fazemos parte, a família. E dentro do sistema patriarcal, a família nuclear. O cuidado dentro do patriarcado conserva uma relação intrínseca com a família. A partir da história da construção social da família nuclear, percebemos que essa instituição não é sobre cuidado, enquanto produção de autonomia, e sim sobre propriedade privada.

A terra cultivada foi distribuída entre as famílias particulares, a princípio por tempo limitado, depois para sempre; a transição à propriedade privada completa foi-se realizando aos poucos, paralelamente à passagem do matrimônio sindiástico à monogamia. A família individual principiou a transformar-se na unidade econômica da sociedade. (ENGELS, p.183, 1964)

Entretanto, a família, ainda que nuclear, também produz cuidado, o que estou apontando é que a formação da família não é sobre cuidado. Ou seja, dentro do sistema patriarcal nos reunimos em famílias por conta da acumulação primitiva e da propriedade privada, mas, isso só é possível construído em cima da exploração do trabalho de cuidado das mulheres. O cuidado é subvertido para ser incorporado como tarefa natural das mulheres. A

família, a partir disso, não é necessariamente uma instituição de cuidado, no entanto, só se constitui na exploração do trabalho de cuidado das mulheres.

É interessante observar que as figuras a quem está atrelado o cuidado dentro da família nuclear segue um recorte de gênero. A maternagem é produzida por mulheres, não somente no sentido reprodutivo, mas também em uma relação de trabalho doméstico. O trabalho de cuidado foi transformado em um atributo natural em vez de ser reconhecido como trabalho, porque foi destinado a mulher e por isso, não remunerado, assim o qualifica Silvia Federici em *O Ponto Zero da revolução* (2018).

O cuidado a partir do senso comum, como pesquisei no Google, pode ser destinado a pessoas, objetos e coisas. A maternagem é cuidado, não apenas trabalho reprodutivo. A relação de cuidado é experimentar desse mundo sensível e de como o ato de fazê-lo convida a uma implicação. A maternagem implica cuidado e a família implica propriedade e posse. Marcas de um sistema patriarcal me levam a crer que ofertar cuidado está relacionado com anular vontades. A apropriação de nossos corpos indica que naturalizemos tarefas que não são naturais, acarretando na invisibilidade da questão do trabalho de cuidado, dificultando nossa organização e causando adoecimentos. Pois, quando há espaço para fala, tudo que se pode falar é sobre individualização do trabalho e excesso.

No artigo intitulado “A feminilização do mercado de trabalho em saúde no Brasil” escrito por Wermelinger, *et al* (2010). As autoras trazem dados que nos auxiliam a pensar o trabalho de cuidado e feminilização destes.

No Brasil, dados censitários mostram crescimento da força de trabalho, com o aumento da taxa bruta de participação feminina de 13,6%, em 1950, para 26,9%, em 1980, atingindo 47,2% no final da década de 1990. Contudo, essa entrada maciça de mulheres no mercado de trabalho não tem representado, necessariamente, uma redução significativa das desigualdades profissionais entre os gêneros. A maior parte dos empregos femininos continua concentrada em alguns setores de atividades e agrupada em um pequeno número de profissões, os quais formam “guetos” de trabalho. Ressaltam-se os serviços domésticos, administrativos, na área social, na educação e na saúde, em geral. (WEMELINGER, *et al*, 2010, p.56)

A partir disso, observamos que entre a década de 50 até a década de 90 muitas mulheres passaram a exercer tarefas regularizadas de trabalho. Esse é um dado importante quando estamos falando sobre a visibilidade às questões que concernem às mulheres trabalhadoras. Ou seja, a partir do assalariamento também é possível compreender que essas atividades, ainda que desempenhando uma certa “extensão” das tarefas que são naturalizadas como femininas, são formas de trabalho. Sendo assim, é possível pensar em uma organização coletiva de reivindicação. O assalariamento é algo que traz visibilidade a essas questões.

No setor de saúde, a participação feminina chega a quase 70% do total, com 62% da força de trabalho das categorias profissionais de nível superior, chegando a 74% nos estratos profissionais de níveis médio e elementar. (WEMELINGER, *et al*, 2010, p.56)

Evidencia-se, a partir disso, que as tarefas que são de cuidado, que dizem respeito aos cuidados domésticos, administrativos ou cuidados de outros seres, são onde encontram-se maior força de trabalho das mulheres. Como é um espaço com mais mulheres há menos reconhecimento social e financeiro por responder a lógica de naturalização dessas funções. Quando estamos pensando saúde mental e o trabalho que se dá a partir disso, esse é um dado importante. Maria Helena Machado (1986) no artigo *A participação da mulher no setor saúde no Brasil*, elucida essa questão trazendo reflexões sobre a mulher no mercado de trabalho e o que as estatísticas mostram acerca do trabalho que é tomado como feminino.

Pode-se dizer que essas mulheres fazem de seu trabalho uma extensão do doméstico. As tarefas de lidar com crianças (pediatria, professora maternal/primário), o cuidar de enfermos (enfermeiros, técnicos de enfermagem), os serviços domésticos e prestações de serviços (atendentes de enfermagem, domésticas, serventes, faxineiras, costureiras, etc.), são, em via de regra, executadas por mulheres. Em alguns momentos, justifica-se tais tarefas executadas por mulheres, como sendo “tarefas femininas”, onde se “supõe” que elas as exerceriam com maior “eficiência” que os homens. (MACHADO, 1986, p. 451.)

Esses dados trazem estatísticas que nos auxiliam a pensar o trabalho remunerado. As mulheres sempre estiveram colocadas a produzir atividades a partir da exploração da sua força de trabalho. Em 1872 as mulheres representavam 45,5% da força de trabalho efetiva no Brasil (Saffiotti, 1976). Esse dado diz do trabalho de mulheres escravas.

[...] A inserção da mulher no mercado de trabalho, após a Abolição da Escravatura, alterou-se ao longo das décadas. Mais especificamente, em 1940, o contingente feminino somava 19% do total; em 1950, 14%; em 1960, 13%; em 1970, cresceu para 20% e, em 1980, atingiu 38,4%” (Machado, 1987:53). Contudo, segundo dados da década de 1980, em um total de 7.564.681 mulheres economicamente ativas, 51% ganhavam até um salário mínimo, enquanto apenas 7% ganhavam entre 10 e 20 salários mínimos (MACHADO, 1986, p.450.)

Para entrarmos em contato com a complexidade do campo é importante olhar esses dados, implicando, nessas estatísticas, um recorte de gênero e raça. As questões do trabalho que perpassam a vida das mulheres negras, não são as mesmas que perpassam a vida das mulheres brancas, visto a exploração e escravização dos corpos negros e que através da exploração dessa força de trabalho é que se funda a sociedade brasileira. O assalariamento e a garantia de direitos por parte das trabalhadoras é um importante passo para a instrumentalização e organização para as reivindicações, mas essas questões também são atravessadas por recortes étnico-raciais. Quando estamos falando sobre saúde mental, o trabalho de cuidado é remunerado, no entanto, é precarizado, sucateado. Desse modo, ainda está atrelado a uma lógica da exploração dos corpos, em principal dos corpos femininos negros. Esse é um dos pontos em que as pesquisadoras Pereira e Passos (2017) trabalham. A reforma psiquiátrica não revoluciona o cuidado, pois grande parte do trabalho de cuidado é feito por mulheres negras e mal remuneradas.

Como disse, nos espaços de supervisão é comum ouvir devolutivas sobre a quantidade de trabalho. O excesso de trabalho se intensifica desde o Covid-19. Quando pensamos no excesso de trabalho estamos, por vezes, pensando no número de atividades das quais uma pessoa está responsável.

Como trouxe aqui, dentro desse processo eu inicio o contato com o CAPS no cenário pré- pandêmico, ou seja, essas questões estavam acontecendo e as/os trabalhadores traziam o excesso de trabalho recorrentemente nos espaços de discussão e formação. Quando minha pesquisa recebe o aceite do comitê de ética, todas as atividades grupais estão suspensas. No momento em que volto a tentar produzir o grupo, agora com os trabalhadores, a devolutiva é a mesma, excesso de trabalho. Logicamente, nesse momento há muitas atividades que são adicionadas na rotina do serviço. No entanto, a hipótese que defendo é que as atividades grupais e a coletivização diminuem a carga de trabalho. Há algo da perspectiva do trabalho que não perpassa apenas a atividade em si. Perpassa a atividade também, mas não se encerra ali. Como disse no relato, a tentativa de não ignorar essa questão e potencializar o convite para construção de um grupo entre trabalhadores foi apresentar essa possibilidade do grupo também como um espaço de cuidado. Aprender e potencializar essa ferramenta também é espaço de cuidado, de cuidar das questões que perpassam o trabalho e que ao meu ver têm relação direta com a medicamentação.

A partir de um olhar para os trabalhadores, é possível pensar nos usuários e na relação deles com a medicação. O dispositivo GAM nos ensina que debater sobre os medicamentos é tema disparador para construir com os usuários uma rede de apoio e cuidado para além do caminho já instituído que é a medicamentação. Ou seja, o trabalho que se aponta a partir do uso da medicação é direcionado a ampliar as discussões sobre direitos humanos, redes de apoio e políticas públicas. Com o dispositivo GAM aprendemos que a partir dessas discussões, a medicação não é fim do cuidado em saúde mental, a medicação é começo do processo de cuidado. Nessa volta e modificação do campo de pesquisa, observo como vamos nos moldando para o que é possível no momento, nos sintonizando com a formação continuada e Educação Permanente em Saúde.

É importante identificar que o trabalho em saúde mental, e de forma mais geral, o trabalho de cuidado é tomado, por vezes, como próprio da feminilidade. Desde os momentos iniciais de contato com a prática dentro dos

serviços, tive como referências muitas mulheres. É esperado que realizar tarefas de cuidado seja algo natural das mulheres e que, inclusive, esperam que gostemos de fazê-las. No entanto, não há nada de natural em tarefas de cuidado e para fazermos um estudo sobre cuidado em saúde mental é preciso que afirmemos cuidado como um trabalho. Pois, quando associamos cuidado como ato de docilidade e subserviência sugere-se que o trabalho em saúde mental seja um ato de caridade. Dessa maneira, liga-se a saúde com a caridade, indo na contramão da lógica de produção de autonomia pressuposta pelo SUS e que encontra espaço na estratégia GAM.

É importante identificarmos isso, pois a produção de cuidado deve estar articulada com a produção de autonomia e não responder a lógica tutelar de qualificar o que é o cuidado para o outro. Essa lógica tutelar é a lógica manicomial. Não à toa, a luta antimanicomial está colocada por uma aliança entre o movimento popular e os trabalhadores organizados. Em dezembro de 1987, quando no II Congresso Nacional de Trabalhadores da Saúde Mental escreve-se a Carta de Bauru fica evidente a defesa de um projeto de desinstitucionalização ligado à luta organizada dos trabalhadores. Além disso, chama atenção para as diversas opressões existentes na sociedade.

O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada. O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida. (Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, Carta de Bauru, 1987)

A Carta de Bauru desperta minha atenção para a sequência lógica que ela sugere. A doença mental e as instituições asilares são produtos da exclusão social própria de um sistema de relações precarizantes e individualizantes. A carta de Bauru chama a luta pelos direitos contra as instituições de exclusão, se aproximando do que autores como Michel

Foucault, Goffman e Basaglia discutiam em suas obras. Identifica-se aqui que a instituição asilar é um aparato de replicação e propagação das opressões de raça, gênero e classe dentro desse sistema (Passos e Pereira, 2017). A luta que se convoca para subverter essa lógica é somada à luta das trabalhadoras, por melhores condições de trabalho, por mais remuneração e, conseqüentemente, por visibilidade das questões que perpassam essa instituição e colaboram para a manutenção dessas em separado da sociedade.

Dentro dos serviços de saúde mental, o trabalho de cuidado é oferecido por uma equipe multidisciplinar. Ou seja, esse trabalho é produto de uma relação da equipe e não apenas resultado da atuação de um profissional. A clínica ampliada faz parte da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2009a) e direciona as práticas de cuidado em saúde como ferramenta teórica e prática. Com o objetivo de proporcionar autonomia aos usuários, à família e à comunidade, a equipe de saúde, a partir do direcionamento da clínica ampliada, pode acompanhar o caso obtendo uma visão ampliada da realidade dos usuários por meio do intercâmbio de conhecimento entre as diferentes áreas profissionais de trabalho, favorecendo a discussão dos casos em uma equipe multidisciplinar.

Em alguns CAPS por onde passei, o espaço de reunião de equipe não era apenas para os profissionais técnicos. A equipe como um todo participava da reunião, inclusive a equipe administrativa e de serviços gerais, afirmando o fato de que o cuidado não passa apenas pela equipe técnica. Dentro do cotidiano do serviço, o profissional que faz a prescrição medicamentosa, geralmente, tem pouco tempo disponível para estar em contato com os usuários sem ser no momento da consulta formal. Em decorrência de uma agenda lotada, esses profissionais ficam pouco tempo com os usuários, ainda assim, são esses que são vistos como quem pode dizer sobre o cuidado que é possível ofertar em um primeiro momento. Esse cuidado vem em forma de medicação. Em reuniões de equipe onde todos os trabalhadores são convocados a estar, é curioso notar que trabalhadores, sem ser da equipe técnica, trazem observações sensíveis sobre os usuários e como, por vezes, esses trabalhadores constroem vínculo, produzem cuidado e promovem saúde,

a partir do contato cotidiano. A rotina dos usuários com os outros trabalhadores possibilita que, por vezes, esses trabalhadores estabeleçam um vínculo de intimidade maior que os profissionais com agenda cheia. Os profissionais com agenda cheia possuem mais dificuldade de participar do cotidiano do serviço, e o trabalho, a partir disso, é prescrito, assim como a medicação.

Sendo assim, o cuidado está atrelado ao acompanhamento terapêutico e no contato com o trabalhador que, por vezes, tem o vínculo empregatício mais precarizado dentro do serviço. O vínculo empregatício e o vínculo de cuidado estabelecem relação inversamente proporcional. Quando se trata de um profissional com melhor remuneração dentro do serviço, o tempo é escasso, pois a agenda é sempre cheia. A qualidade do vínculo que esse trabalhador estabelece com os usuários e com os seus pares é precária. Já os trabalhadores com menor remuneração que, por vezes, não fazem parte da equipe técnica e não necessariamente atendem no estilo formal, possuem melhor qualidade de vínculo com os usuários e seus pares. No entanto, há maior instabilidade no que se refere ao vínculo empregatício.

Para elucidar essa questão vamos ao estudo feito por Rachel G. Passos (2016) sobre o mapeamento das cuidadoras que trabalham nas residências terapêuticas no município do Rio de Janeiro. Em tal estudo, Passos (2016) identifica que das 258 trabalhadoras, no ano de 2014, 86% são mulheres, entre as quais 72% eram negras (pretas e pardas) e 26% brancas. Esse mapeamento mostra que o programa que contrata cuidadoras para as Residências Terapêuticas, recruta, prioritariamente mulheres negras, com vínculo de trabalho precário (Passos e Pereira 2017). As pesquisadoras no artigo intitulado *LUTA ANTIMANICOMIAL, FEMINISMOS E INTERSECCIONALIDADE: notas para o debate* trazem que

Ao pensar na formação social brasileira e no lugar das mulheres negras nesse contexto é possível apontar que a forma como a Reforma Psiquiátrica “convoca” o trabalho feminino negro não é muito diferente dos primeiros hospícios brasileiros. Os hospícios utilizaram da mão de obra das escravas africanas livres e libertas para perpetuar essa lógica. Eram essas mulheres que tratavam da limpeza e dos serviços gerais, além de exercer, inclusive, atividades voltadas para o cuidado dos internos (Passos e Pereira, 2017, p.44.)

O vínculo empregatício mais precário dentro do serviço de saúde é onde se estabelece maior vínculo de cuidado. Desse modo, o debate sobre desinstitucionalização precisa também abarcar a perspectiva das trabalhadoras em saúde mental.

O dispositivo GAM, como disse, coloca em questão a reforma psiquiátrica e o ponto não reformado da reforma, que diz respeito ao modo verticalizado e hierarquizado como é a prática da prescrição medicamentosa. Há uma força das reivindicações dos trabalhadores em saúde mental que se fortalece com a reforma psiquiátrica. No entanto, quando acontece a implementação de uma rede substitutiva parece que as reivindicações dos trabalhadores se desfazem, ou se institucionalizam, o que sugere que há pouca organização coletiva em torno das reivindicações atuais, e há muito ainda o que reivindicar.

A necessidade de pensar a loucura para além da psiquiatria é o que embasa as proposições da desinstitucionalização. A medicação é vista como o ponto não reformado da reforma, pois estabelece relação de controle com os usuários. Ainda que não haja instituição física cerceando a loucura e transformando em doença, a medicação invade o corpo produzindo, ainda assim, a lógica de cercamento. Esse corpo está sob controle a partir dos psicofármacos e pode aderir à lógica social. Assim é caracterizado o ponto não reformado. Dialogando com esse ponto e pensando no cenário atual, que é totalmente novo, mas que ainda assim guarda marcas de precarização que não são novas, o ponto não reformado da reforma encontra espaço no contexto de precarização. Aquilo que não é reformado não diz somente da medicação, mas das relações precarizadas.

3. 2 - Trabalho é colaboração

Desde novembro de 2021 tem se formado um grupo na Zona Oeste para discutir Gestão Autônoma da Medicação. Nesses últimos encontros este grupo tem contado com a presença de múltiplas categorias (trabalhadores, usuários e

pesquisadores). O grupo inicia-se com o objetivo de apresentar uma proposta de formação coletiva com os trabalhadores da zona oeste do Rio de Janeiro, através de rodas de debate para a apropriação do dispositivo GAM. O dispositivo tem como direcionamento o trabalho com os usuários de medicamentos psicotrópicos. No entanto, é para ser praticado de forma coletiva de modo dialogado e compartilhado. Para isso, é necessário que os trabalhadores conheçam a estratégia GAM e se apropriem inicialmente da teoria que perpassa tal dispositivo.

Sendo assim, o grupo se formalizou na intenção de produzir debates e trazer estudos recentes sobre a GAM, a fim de que ao final dos encontros os trabalhadores se sintam iniciados e apresentados a esse dispositivo. O projeto foi apresentar a GAM como estratégia que propõe ferramentas para enfrentar o problema da medicalização como prática central no cuidado em saúde mental e então despertar interesse nos trabalhadores apostando que ao final dos encontros os mesmos se sintam mais apropriados dessa estratégia e possam fomentar as discussões e a criação de dispositivos GAM nos serviços em que estão alocados.

Conforme tratei no segundo capítulo, os conceitos de medicalização e medicamentação não são sinônimos. Abordei a temática de medicamentação embasada pelas discussões trazidas por Caliman, Passos e Machado (2016). Nesse momento do texto é necessário retomar essa diferenciação. Medicalização é um conceito já estabelecido no campo da saúde e diz respeito ao paradigma biomédico. Dentre muitos aspectos que configuram o paradigma biomédico, a medicamentação é um aspecto específico que diz respeito ao uso do medicamento, um paradigma medicamentoso, a busca pela suposta normalidade a partir do medicamento ideal e a partir da prescrição perfeita. A GAM trata do tema da medicalização na questão específica da medicamentação.

A relevância do grupo que formamos consiste, dentre muitos aspectos, em fomentar debates críticos sobre medicamentação que é um disparador para pensar direitos humanos, construção de redes sociais, cuidado em saúde mental e a possibilidade de se constituir debates que se reúnam em torno

dessas causas. Dentro do grupo, o fortalecimento dos debates entre os trabalhadores e a percepção delas e deles enquanto grupo questionador possibilita que se estabeleçam vias de comunicação que fortalecem o grupo e reafirmam a aposta da Educação Permanente em Saúde (EPS). Visa-se a construção de espaços onde se almeja a implementação das deliberações resultadas de organizações coletivas que é uma disputa permanente em defesa da promoção de saúde como direito de todos.

Pensando nesse espaço que temos construído é importante destacar uma questão: em que medida a GAM altera os processos formativos em serviço? É sabido que tal dispositivo não possui forma predeterminada que antecede a sua realização a cada vez que ele se implanta em um serviço de saúde. Cada grupo acontece e pode admitir muitas formas conforme o contexto. Ao tentar dar conta de uma demanda de apresentação que o serviço direciona ao GAM, penso como posso apresentar um dispositivo que se constrói em conjunto sofrendo interferência de muitos atravessamentos, inclusive do serviço de saúde em que está localizado. Por exemplo, um grupo GAM na atenção básica e um grupo GAM na atenção secundária passam por diferentes problemáticas. Ainda que existam pontos comuns, a forma não pode ser pré-definida. No entanto, há algo que os grupos GAM constroem, que não é a forma antecedente a sua realização, mas sim o que o grupo forma. Ou seja, não é a forma do grupo, mas o que ele forma quando sua grupalidade está contraída. E o que é que o grupo forma? Coletivo, roda, círculo, debate, diálogo. O grupo sugere processos de coletivização.

A GAM não pode ser apenas “receitada”. A apresentação implica algo maior do que apenas uma instrução, pois não há uma receita do que se fazer quando se quer fazer GAM, a forma do grupo não é rígida em si. Essa forma do dispositivo GAM se faz e se refaz a cada situação. De modo que podemos fomentar, observar e participar de dispositivos GAM com trabalhadores ou então, com usuários, com usuários e trabalhadores. Pode-se também experimentar grupos com familiares, com familiares e trabalhadores. Existe GAM na forma de jogo, existe na forma remota, existe na forma presencial. Pode ser feito dentro do espaço do serviço de saúde, pode ser realizado em

praça pública, em outros espaços, na rua. A forma como o dispositivo se atualiza em cada situação, pode variar. No entanto, existem princípios e diretrizes metodológicas da GAM. Portanto, é necessário distinguir a forma do dispositivo com os princípios e diretrizes que regem a construção. O grupo, sendo formado por diferentes atores é, por isso, não homogêneo. É constituído por sujeitos que ocupam posições diferenciadas que possuem interesses e poderes diferentes. O que assegura a composição de um coletivo e que é um dos princípios da GAM é a transversalidade.

A transversalidade é uma dimensão que pretende superar os dois impasses, o de uma pura verticalidade e o de uma simples horizontalidade; ela tende a se realizar quando uma comunicação máxima se efetua entre os diferentes níveis e sobretudo nos diferentes sentidos. É o próprio objeto da busca de um grupo sujeito. (GUATTARI, 1985, p.96)

A experiência de lateralização dos saberes rompe com a lógica da hierarquização desses saberes, sem negar que existem sujeitos que ocupam diferentes posições. Ou seja, o que cria base para a sustentação da GAM são princípios e diretrizes como o colocar lado a lado a diferença. Assim como, também é princípio da GAM a superação da dicotomização entre sujeito e social e conseqüentemente a sustentação da inseparabilidade entre clínica e política, também entre atenção e gestão. Tais princípios não variam. A cada situação se atualiza um grupo GAM diferente, mas todos eles são GAM, pois possuem princípios e diretrizes metodológicas.

Em última instância podemos dizer que o princípio é a democracia institucional, como um modo de co-gestão. Conseqüentemente, para fazer GAM é preciso se sintonizar com a valorização do público, do que se faz em coletivo. Sendo assim, uma diretriz metodológica da GAM é a contração de grupalidade. A cada nova atualização do grupo GAM é o que possibilita sua autonomia e, então, sua multiplicação.

Vou apostar em uma força centrípeta do texto e da pesquisa, para formar um círculo nas ideias e me sintonizar ao projeto inicial quando minha vontade apontava para pensar as implicações do GAM na formação. O GAM

não tem forma inicial, quando apliquei meu projeto na seleção do mestrado ele tinha como objetivo o trabalho com a formação, mas não identificava se o tema abordaria a formação dos estudantes, a formação institucional, a educação permanente. O campo que me apareceu, conforme as circunstâncias do momento, demandava a implementação de um grupo em um CAPS na zona oeste e por conta das adversidades do momento pandêmico isso também se reestruturou: o campo virtual aparece como possibilidade de fomentar, ainda, processos de coletivização. Percebo que o GAM é capaz de se modelar conforme o contexto e aqui nesta pesquisa, é a capacidade de plasticidade que vamos explorar para evidenciar a potência de autonomia do próprio dispositivo.

Não à toa, o grupo que formamos na Zona Oeste encontra espaço na agenda dos trabalhadores por meio do contato de três apoiadoras da cap 5.2. O trabalho de apoio se movimenta em direção a acompanhar os processos que se dão dentro dos serviços em um trabalho de gestão, coordenando, supervisionando e avaliando o trabalho em equipe. Gastão Wagner qualifica o Apoio como uma ferramenta de gestão que parte do pressuposto de que as funções de gestão se exercem entre sujeitos, ainda que com distintos graus de saber e de poder, e que tais sujeitos possuem protagonismo co-gestivo no seu processo de trabalho (CAMPOS, 2007). Apoiamos a formação do grupo na Zona Oeste que se mostrou de saída questionador principalmente com relação às atividades de trabalho. Discutir os processos de trabalho organiza os trabalhadores e possibilita a formação de um pensamento crítico com relação ao próprio trabalho. Desse modo, essas discussões convidam a pensar uma gestão compartilhada do trabalhar. O que sugere uma reorganização no campo da gestão em decorrência de uma aposta em outros aspectos, para além dos burocráticos.

Quando participei de um grupo GAM no interior do Rio de Janeiro, mais especificamente, Resende, recordo de que em um momento, com o grupo já iniciado há alguns meses, tivemos a tarefa de construir um relato sobre o GAM que sairia no jornal do CAPS. Esse relato explicativo tinha a função de apresentar o grupo GAM aos leitores do jornal. Fizemos a construção do texto desta apresentação de forma coletiva e uma usuária ao expressar, por meio de

suas palavras, o que era o GAM identifica e potencializa o quanto o grupo pode ser um espaço de diálogo aberto dizendo que o grupo GAM é diferente de outras oficinas do CAPS, pois é um “grupo de entendimento”. Dentro do contexto dessa construção coletiva, um “grupo de entendimento” se define pelo fato de ser um espaço de diálogo e de veiculação de informação, ou seja, as informações que ali podem ser adquiridas não partem apenas de uma fonte. Caso os usuários estejam se beneficiando apenas de uma fonte de informação, com relação a suas medicações, da indústria farmacêutica, por exemplo, é um termômetro para pensarmos que muitas informações estão sendo perdidas. Quando se trata de um grupo GAM com a maioria de usuários, discutimos direitos, redes de apoio e os temas que o guia sugere. A partir das diferentes perspectivas forma-se um grupo que abre possibilidade de questionar e de entender a medicação e as discussões em volta desta temática. Quando estamos em um grupo com a maioria trabalhadores para falar sobre GAM, as discussões que geralmente aparecem são direcionadas a como a estratégia pode auxiliar nas demandas da medicamentação. Sendo assim, é necessário sustentar que há um atravessamento específico para esse grupo e de que é necessário refletir sobre o trabalho e ampliar as fontes de informação com relação às estratégias de cuidado que podem ser ofertadas quando, de saída, a demanda por medicação aparece.

O trabalho de gestão, quando compartilhado, é um trabalho de potencialização da produção social e subjetiva que pode ser expressa pela relação entre trabalhadores-trabalhadores e usuários-trabalhadores. Gerar espaços de diálogo implica transformar as adversidades que compõem o trabalho. Nossa intenção com a formação desse grupo é que o encontro, ainda que virtual, e a possibilidade de falar sobre as demandas do trabalho, em uma troca com diferentes saberes, possa criar subsídios que orientem a prática e o trabalho em equipe.

Experimentamos nos grupos GAM que a grupalidade, quando está contraída e os participantes podem sentir de fato estarem fazendo parte de um grupo, gera-se um sentimento de pertencimento. Trazendo esse debate para a perspectiva da gestão, sugere o fortalecimento de reflexão crítica às

estratégias instituídas, que por vezes já não encontram mais sentido dentro das novidades do contexto. Ao mesmo tempo que cria condições de possibilidades de invenções trazendo o resgate da implicação, e a possibilidade de criar, se inventar, de se refazer. Quando aposto em um grupo com os trabalhadores, aposto nesse espaço de criação que a GAM proporciona. Pensar a gestão dos medicamentos com os usuários e a gestão do trabalho com os trabalhadores (e vice-versa) sugere processos de autonomização, pois a GAM defende a co-gestão enquanto estratégia de potência autopoietica.

Podemos afirmar que a GAM reverbera na relação trabalhadores-usuários mesmo quando não é um grupo que aborda diretamente a questão sobre processos de trabalho, ou seja, mesmo quando não é um grupo com a maioria de seus integrantes trabalhadores. A GAM parte do pressuposto de que o empoderamento dos usuários reverbera produzindo efeitos nessa relação em uma proposta de lateralização. Dentro do grupo possuem diferentes categorias e é importante identificar as, também, diferentes implicações que cada participante possui ao estar no grupo.

Outra memória que me vem à tona, ao refletir sobre essa questão dos diferentes corpos que compõem o grupo, também em Resende, eu e mais outras duas pessoas estávamos participando dos encontros enquanto estudantes de iniciação científica, então, ficávamos com a tarefa de produzir as memórias e também observar, estar ali e trazer alguma questão mais pontual. Não ficamos inicialmente com a tarefa de manejo e muitas vezes no início não falávamos muito, o que gerava uma grande inquietação nos usuários que geralmente nos convidavam a falar sobre nossas próprias medicações, ou questionavam o que estávamos anotando nos cadernos. Ou seja, existem diferentes implicações que atravessam corpos diversos, negar essas diferenças é negar a existência de um grupo diverso constituído por participantes que trazem suas singularidades e não há nada de óbvio quando se trata da expressão das singularidades dos usuários, trabalhadores e pesquisadores. Sendo assim, o grupo não propõe uma lateralidade a partir de uma horizontalidade, tampouco a partir de uma sobreposição hierárquica.

Dissolver as hierarquias que o saber institui e convidar o lado a lado é pensar uma proposta de transversalidade.

Como relatei nos outros capítulos, o grupo com os trabalhadores passou por muitos momentos de adversidades para se formar, que não cessa mesmo após sua formação, pois, ainda assim enfrentou percalços. Adversidades essas que dizem do momento, mas é necessário ter uma postura crítica frente ao modo como o grupo inicia sua constituição. A Zona Oeste expressa uma demanda identificada a partir dos trabalhadores e a GAM possui ferramentas para lidar com essa demanda. Absorvida por essa sequência, entendi que a construção coletiva aconteceria de forma praticamente espontânea. Nos momentos iniciais de tentativa de construção do grupo, as decisões burocráticas com relação ao dia que faríamos, horário, como o grupo funcionaria, entendi que essas questões poderiam ser decididas no coletivo, o que dificultou uma organização inicial e que posteriormente contribuiu para o esvaziamento. Tivemos uma primeira tentativa onde experimentamos a não fixação do grupo e o esvaziamento. No entanto, essa experiência nos é importante para a diferenciação entre autogestão e co-gestão. O grupo não funciona em uma lógica de autogestão, mas sim de co-gestão, naquele momento já havia preparado uma proposta de organização inicial e avalio que teria sido importante defender essa proposta como forma de apostar na possibilidade de construção do grupo por alguma via. É importante apresentar para os trabalhadores uma visão ampla de como pode funcionar. Certamente, o grupo pode adquirir inúmeras formas de funcionar e apresentar um planejamento não significa que será seguido à risca. Há modificações que irão ser feitas e o grupo vai tomando forma conforme o andamento do processo, mas, apresentar uma proposta é apostar na possibilidade de um processo co-gestivo.

Esse grupo, que hoje está constituído é a segunda tentativa e que encontra espaço na agenda dos trabalhadores por meio da mediação das apoiadoras que se interessam e querem sustentar a aposta na GAM junto comigo, e me chamam para mais uma tentativa. Felizmente, a segunda tentativa tem mais sucesso, a partir de uma aposta coletiva. Nessa segunda

tentativa, podemos de fato experimentar um grupo que se utiliza da estratégia GAM para pensar o trabalho em equipe.

O grupo na Zona Oeste evidencia a sintonia da estratégia GAM com a educação permanente. E quero pensar aqui essa sintonia como a indicação de um caminho promissor para pensar a questão da medicalização. Se, nos outros capítulos apresento a problemática sobre a precarização do trabalho e processos enrijecidos dentro dos serviços de saúde, que se desdobra do ponto não reformado da reforma psiquiátrica, aposto na GAM como estratégia de fomento de um espaço criativo e inventivo que irá questionar os processos enrijecidos e sintonizar a perspectiva da educação permanente em serviço.

Ao consultar a Portaria nº 198 de 2004 (BRASIL, 2004), que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores, temos acesso à política a partir da seguinte definição.

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho. (BRASIL, 2004)

O pressuposto da PNEPS é de um processo de ensino-aprendizagem que se dê no serviço. A partir desse pressuposto afirma-se que os espaços de trabalho também são espaços formativos colocando uma discussão importante sobre formação, pois convoca a mesma a partir do chão do serviço. Ou seja, a formação não é mais exclusividade das instituições de educação que, por sua vez, oferecem educação sintonizada ao modelo biomédico que sugere uma cisão entre o aprender e o fazer. A educação permanente se dá em uma relação colaborativa do Serviço com a Universidade, invertendo os padrões biomédicos de educação em que a Universidade colabora com o Serviço. O que significa isso? Significa que o processo de ensino-aprendizagem que está contando agora com o processo de trabalho. Então, o processo de

ensino-aprendizagem e processo de trabalho convergem, até então nós utilizamos de um modelo de educação onde eu aprendo primeiro e depois aplico, o que na clínica não funciona. Ou seja, aprender e fazer constituem uma relação conjunta onde aprendo fazendo.

Vemos que a partir dessa relação conjunta o processo de trabalho pressupõe o engajamento coletivo de diferentes atores (trabalhadores de nível central, trabalhadores da ponta e usuários) o que configura o processo de trabalho como uma heterogeneidade subjetiva. A educação permanente em saúde indica que não tem como formar sem contar com o processo de trabalho que se dá em um grupo heterogêneo de trabalhadores e usuários. É em um grupo que se educa. Sendo assim, aposta-se que algo se produz quando estamos ao lado experimentando a lateralidade. Para isso, requer um tipo de manejo que tem tudo a ver com a GAM. Existe uma relação entre educação permanente e GAM partindo do pressuposto da educação permanente. Tal aposta na lateralidade requer dispositivos de coletivização, sendo a GAM uma alternativa importante.

Dentro do grupo, os diferentes participantes possuem diferentes perspectivas sobre os temas levantados e que a GAM sugere. Sendo assim, cada participante possui ideias, valores diferentes e também estratégias diferentes de como o trabalho em saúde pode ser realizado. A multiplicidade de experiências pode gerar a sensação de que a experiência singular é pequena diante das demandas que chegam com relação ao trabalho em saúde e, dessa forma, seriam perspectivas descartáveis. Observo isso quando a proposta que me chega é de uma exposição do que seja a GAM como se fosse um conhecimento que seria possível acessar a partir de alguns comandos, uma receita, desconsiderando o que é da ordem da trajetória de formação do grupo e do contexto onde está inscrito. Essa demanda chega e é difícil não aceitá-la, visto as expectativas que criei e o andamento da primeira tentativa onde colhi o esvaziamento. Na segunda tentativa tento me aproximar mais do diálogo e expor propostas. Criei um planejamento mais organizado de apresentação da GAM a partir do que identifico como temas centrais e planejei uma apresentação garantindo um nível de flexibilidade e sustentando um chamado

para a construção conjunta. Acredito ter sido muito importante, antes de iniciar uma apresentação da GAM, poder me apresentar e dizer do meu percurso e o que me leva até esse grupo. Além disso, identificar que meu contato com a saúde mental pública está apenas no começo, por isso, quando vou ao serviço apresentar essa estratégia, conto com aqueles que estão nesse trabalho há anos. Os corpos que compõem o grupo são tão diversos que, às vezes, o que eu tenho de tempo de vida, o participante tem de trabalho em saúde.

A dificuldade de criar um espaço de diálogo aberto a partir da exposição das experiências consiste em acreditar que os saberes menores são insuficientes, inferiores ou abaixo do nível necessário para se caracterizarem como estratégias que podem reformular o campo de trabalho e o cuidado em saúde. No entanto, quando observamos o campo de direitos humanos, estratégias menores ganham consistência à medida que trazem, para o campo, saberes emergentes que movimentam formas instituídas nas temáticas em direitos humanos. A aposta da Educação Permanente, assim como a aposta da GAM, tem como princípio a democracia institucional ou defesa de direitos. A defesa de direitos pressupõe uma relação com saberes menores, pois ela problematiza a relação com os universais. Ou seja, os saberes menores fazem resistência à produção de universais dentro do campo das reivindicações.

Parece-nos que a emergência dos saberes menores tem obtido certa visibilidade por meio das subjetividades atípicas, tais como as mulheres, os jovens negros das periferias, as pessoas LGBTQI, os indígenas, os quilombolas, os opositores, o corpo torturado, cuja as experiências contrastam com os saberes jurídicos, médico, penal e reparatório de governo da vida. O saber emergente dos direitos humanos em movimentos é desqualificado em favor da produção do universal ou da unanimidade das políticas institucionais, caracterizando-se em oposição, mais por ser diferencial e discrepante. (TELES, 2018, p.12.)

O autor continua delineando os atípicos como corpos vulneráveis, em estado de sofrimento psíquico que demandam cuidado. Para os dispositivos das políticas estatais, o remédio seria a institucionalização dos direitos humanos (TELES, 2018). Observa-se que institucionalizar esses movimentos apaga os saberes emergentes que fazem fluir o processo trazendo uma

concepção burocrática para o campo. Iremos nos utilizar disso para pensar a questão dos saberes emergentes quando estamos em um grupo híbrido discutindo medicalização e trabalho em saúde no território da Zona Oeste. Apagar os saberes emergentes é ir na contramão da produção de espaços de autonomia. Para a construção de espaços de autonomia é necessário fazer emergir o saber da experiência, quer seja da experiência do processo de trabalho, quer seja da experiência do uso da medicação. Se aposto na construção de um grupo com a maioria de trabalhadores da Zona Oeste, quero pensar como a autonomia do dispositivo GAM pode nos auxiliar a questionar os processos burocratizados de trabalho.

Feuerwerker no livro: *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação* identifica algumas experiências de Educação Permanente em Saúde (EPS) e sinaliza uma evidente ausência: o usuário.

Educação Permanente em Saúde tem sido trabalhada prioritariamente no âmbito da relação gestão - trabalhadores, algumas vezes envolvendo também professores e estudantes. Algumas vezes usada como estratégia pedagógica na formação de conselheiros. Muito poucas vezes usada como estratégia para ampliar os encontros, “a superfície de contato” e de produção mútua entre trabalhadores e usuários, para aumentar a possibilidade de construção de projetos terapêuticos compartilhados (não somente entre os profissionais, mas também entre profissionais e usuários), que levem em conta a autonomia do usuário na condução de sua própria vida. (FEUERWERKER, 2014, p.91.)

Tal dado nos convida a pensar o risco das estratégias de educação em saúde se tornarem proposições verticalizadas e como tais estratégias geram pouco impacto no que diz respeito à reflexão dos processos de trabalho. Mais interessante seria poder escutar dos trabalhadores as demandas com relação ao trabalho e produzir estudos direcionados a essas demandas. O estudo entra como um momento de reflexão e de busca com seus pares, através de diálogo e através de troca com os próprios autores. Quando se parte de uma questão gerada pelo próprio processo de trabalho, a demanda não vem da gestão, ou seja, não vem de cima. Pode parecer óbvio, mas não é, as questões do trabalho precisam ser levantadas a partir das necessidades identificadas por aqueles que produzem o trabalho. É necessário fazer um planejamento

participativo que reserve espaço para a reflexão dos contextos locais e suas especificidades. Para nos auxiliar a pensar a relação da estratégia GAM com a EPS a autora afirma que

A desconstrução da medicalização nas políticas e no cotidiano das práticas de saúde é uma aposta fundamental para a produção de outros modos, mais autopoieticos e solidários, de fabricar a vida. (FEUERWERKER, 2014, p.89.)

Acredito existir ligações possíveis e pertinentes entre GAM e EPS, podendo a GAM ser um espaço onde o trabalho é colocado em questão. O modo como essa relação se estabelece diz dos modos de cuidar, do trabalho de cuidado, do cuidado com o dispositivo, do cuidado com os participantes. Colocar em reflexão o trabalho e esses modos de cuidar nos aproxima da gestão. Ao participar de um grupo com trabalhadores, usuários e pesquisadores, essa gestão pode vir a ser compartilhada, a depender de como produzimos o cuidado.

Quando escrevi o projeto para a seleção de mestrado, já havia estudado sobre EPS. Recordo-me de ter optado pela palavra “formação” ao invés de escrever Educação em serviço e sustentar esse campo teórico. A primeira vez que entendi de fato o que é um momento de formação me aconteceu dentro de espaços de estudos dos movimentos sociais e chamava-se “formação” em uma proposta pedagógica educativa. Ali tive a concepção das tantas diferenças do que é um ensino expositivo e hierarquizado e da busca por conhecimento a partir dos problemas enfrentados dentro dos movimentos. O momento de formação era pra mim um momento de produção de sentido e acredito que essa sensação acontece por, nesses momentos, fazermos um esforço de olhar a situação a partir de uma perspectiva mais ampla. A construção de sentido cria sujeito e objeto, dentro dos serviços de saúde, inventa processos de trabalho.

Esse processo é fundamental para que o trabalhador possa se converter em produtor de sua própria história - de sujeito assujeitado a protagonista. Tornar-se produtor/autor é a capacidade conquistada de ser seu próprio inventor, de se situar explicitamente na origem dos próprios atos, na origem de si mesmo como sujeito. Uma das

finalidades da educação permanente em saúde seria contribuir para que cada coletivo pudesse conquistar a capacidade de ser seu próprio produtor/inventor por meio de um processo de reinvenção das instituições de saúde e do seu mundo do trabalho em especial (FEUERWERKER, 2014, p.95.)

Assim como os usuários precisam ser sujeitos de suas próprias vozes e dizeres sobre suas experiências e se sentirem legitimados nessas experiências, os trabalhadores também precisam ser autores de suas próprias histórias.

Nesse sentido, pensando na relação entre trabalhadores e usuários, dentro dos serviços, e aqui neste texto, existe uma diferenciação entre essas categorias. Obviamente, a partir da perspectiva do serviço de saúde há questões que perpassam os trabalhadores que são diferentes das questões que perpassam os usuários. Mas, pensando no âmbito do Sistema Único de Saúde, todos somos usuários. Acredito ser bastante útil a perspectiva de Feuerwerker, pois aproxima trabalhadores e usuários pela via da evidência da diferenciação dessas categorias.

Nesta direção, poder gerar diálogo entre os trabalhadores é, sobretudo, acessar um campo onde os trabalhadores também têm demandas, o que aproxima os trabalhadores dos usuários. O pressuposto é de que trabalhadores e usuários co-emergem quando compartilham saberes. Um trabalhador só o é, pois existe um usuário com quem está em relação. Ou seja, se o trabalhador estiver dentro do serviço e em contato com o usuário então é um trabalhador. Nascem juntos e participam de algo maior, por isso sustentam entre si uma relação ética.

PARA CONTINUAR PESQUISANDO

Concluir algo é abrir possibilidade para o novo. Esse, sem dúvida, foi um ciclo difícil de se concluir. No entanto, gostaria de deixar aqui algumas considerações finais propulsoras a novas trajetórias de pesquisa. Acredito que esse tenha sido o acordo que fiz comigo mesma para iniciar esse fim. Obviamente a conclusão não identifica o fim e é por isso que me utilizarei desse espaço conclusivo, dessa maneira. Relembro do início do processo e das inquietações que me provocaram a escrever o projeto de seleção. Minha vontade de estar em meio ao trabalho da saúde, bem como a necessidade de continuar pesquisando, antes de ser uma afirmativa para outros, se concretizou como uma necessidade para mim. Olhando o processo como um todo, penso que a semente já estava por aqui. Mas, quando encontra território fértil para plantio se realiza como fruto de um trabalho de cooperação.

Para dar conta do processo há de se refletir sobre dois campos temáticos: do trabalho e do estudo e de que modo, esses dois campos se interseccionam quando trabalhamos com cuidado em saúde. Utilizo a biologia do conhecimento para defender uma posição onde aprender e cuidar estabelecem relação de continuidade. Afirmando que agir sobre o mundo é experimentá-lo para então, conhecê-lo (VARELA, THOMPSON, ROSCH, 2003). Sendo que só é possível fazer a experimentação em um movimento de cuidado, um movimento de encontrar saídas que façam sentido com a estrutura autopoietica. Evidencia-se então o caráter autônomo do processo de cuidado (MATURANA e VARELA, 1995).

Dentro da impossibilidade de estar fisicamente no serviço, me despertou interesse aquilo que chega como campo pela via da fala dos trabalhadores e de que modo o dispositivo GAM poderia ainda provocar coletivos. A minha aproximação com a GAM se sintoniza com a possibilidade de coletivizar, daquilo que provoca indagação, produz autonomia e insere os usuários na sociedade enquanto cidadãos, participantes da política. Ou seja, meu interesse parte da aposta em um dispositivo que cria possibilidade de produção de

políticas públicas a partir dos usuários dessas políticas. Desse modo, o meu objeto não foi necessariamente o dispositivo, mas sim como podemos nos implicar em uma construção coletiva pela via dessa ferramenta. A construção coletiva demanda vínculo e tempo e produz implicação. Por isso identifico que há bastante movimentação no caminhar desta pesquisa, pois aposto no que essa ferramenta pode construir. Acredito que assim afirma-se a potência da própria GAM.

O que foi utilizado como instrumento para esse caminhar pesquisa-trabalho, além da vontade, foi a possibilidade de dialogar. Em um diálogo com os trabalhadores e usuários acredito que se aprende a escutar, concordar, discordar. A partir da escuta entende-se que o outro é outro e, portanto, diferente. Apostamos que haja diálogo, para então circular a palavra e com isso também circular o poder trazendo à tona outros modos de fazer¹. A GAM propicia um debate sobre processos de trabalho. O que me levou a me aproximar da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. O pressuposto da PNEPS é de um processo de ensino-aprendizagem que se dê no serviço, contando com o processo de trabalho e o múltiplo engajamento dos diferentes atores implicados neste processo em um trabalho colaborativo. Apostar na lateralidade requer dispositivos de coletivização, sendo a GAM uma alternativa importante.

Durante o processo de escrita identifica-se que ora me refiro a GAM, ora me refiro ao GAM, demarcando uma flexibilização no que concerne ao gênero. Inicialmente pensei que essa diferenciação se dava unicamente por conta do substantivo a que se refere, sendo que masculino identificaria quando queria me referir ao dispositivo GAM e feminino quando gostaria de me referir a estratégia GAM. Esse pensamento inicial está acertado em sua concordância gramatical. No entanto, defendo também neste trabalho uma posição de que para aprender sobre o trabalho de cuidado, há de ir até as mulheres. Ou seja, o trabalho de cuidado está marcado por um recorte de gênero e também ético-racial. Coloco essa questão a partir de dados estatísticos, mas que

¹ Eduardo Passos apresentando a *Política Nacional de Humanização como um modo de fazer: desafios para a Humanização do SUS* disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=4M2og0Nt9Ls>. Acesso em 12 de Fevereiro de 2022.

também produzem efeitos subjetivos. A grande maioria do trabalho de cuidado é de mulheres e dentro da saúde pública as cuidadoras são em sua maioria negras (pretas e pardas) (PASSOS, 2016).

Numa tentativa de dialogar com aquilo que aparece em diferentes momentos da dissertação, resolvi não banalizar o que foi dito. Há uma diferença de gênero que não acredito se restringir apenas a concordância gramatical. Quando fazíamos GAM em Resende, nos referíamos ao dispositivo GAM e então usávamos no masculino. Em Niterói refere-se a GAM enquanto estratégia e por isso, feminino. Penso que esse embaraço se dá também por conta de GAM ocupar tanto o lugar da academia, quanto o lugar do serviço. Ou seja, tanto o “lugar do saber” quanto o “lugar do fazer”. Obviamente, há colaboração entre esses dois lugares que se retroalimentam, sendo um usuário do serviço do outro. Durante a escrita, falo de como a GAM pode ser vista enquanto uma estratégia que se sintoniza com a política de Educação Permanente em Saúde, apostando numa via de trânsito entre aprendizagem e serviço. Ou seja, a GAM pode ser algo que produz enfrentamento ao lugar intitulado da razão que é o lugar da academia.

A academia enquanto instituição, guarda a vaidade da razão. Esse é então o lugar daquele que pode falar, dos que têm a universalidade do uso da palavra. Um desafio para a pesquisa GAM é justamente sair dessa posição de universal que a academia proporciona, e, portanto, reivindicar aquilo que é possível dentro do campo do serviço. Considero que essa diferenciação de gênero marca uma diferença daquilo que é universal e do que é fragmento. A experiência não é universal. Quando se trata do campo da saúde é necessário escutar o outro, é necessário diálogo. A partir disso é possível subverter um lugar de dominância. A GAM precisa reivindicar aquilo que é fragmento, as experiências menores para fazer emergir o vivo.

REFERÊNCIAS

BAREMBLITT, Gregório. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 5ed., Belo Horizonte, MG, 2002.

BARROS, Regina Benevides de; PASSOS, Eduardo. **A Cartografia como método de pesquisa-intervenção**. In: Eduardo Passos; Virginia Kastrup; Liliana da Escóssia. (Org.). *Pistas do método de cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. 1a ed. Porto Alegre: Sulina, v. , p. 17-31, 2009.

Brasil, **Lei Complementar 141**, Dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo. de 13 de janeiro de 2012.

BRASIL. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada** /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, Brasília : Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Portaria nº 198 GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. **Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências**. *Diário Oficial da União* 2004; 13 fev. 2004.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 95**, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 15 dez. 2016

CALIMAN, Luciana Vieira; PASSOS, Eduardo; MACHADO, Adriana Marcondes. **A MEDICAÇÃO NAS PRÁTICAS DE SAÚDE PÚBLICA:**

estratégias para a construção de um plano comum. Movimentos micropolíticos em Saúde, formação e reabilitação, Editora CRV, p. 19-40, 2016.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Paidéia e gestão: indicações metodológicas sobre o apoio.** In: Campos GWS, organizador. Saúde paidéia. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 85-102.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do Trabalho: estudo da psicopatologia do trabalho.** 3ª ed. São Paulo: Cortez-Oboré, 1987.

DELEUZE, Gilles (1986). **Foucault.** São Paulo: Brasiliense, 2005.

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado.** Editorial Vitória Ltda., Rio de Janeiro, 1964.

FEDERICI, Silvia. **Mulheres e caça às bruxas: da Idade Média aos dias atuais.** CANDIANI, Heci Regina (trad.). 1º ed. São Paulo: Boitempo, 158p, 2019.

FEDERICI, Silvia. **O Ponto Zero da Revolução: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista.** 1º ed. São Paulo: Elefante, 388p, 2018.

FEUERWERKER, Laura. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação.** Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FOUCAULT, Michel. **A Ordem do Discurso.** Aula Inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. 19.ed. São Paulo: Edições Loyola, 2009.

GUATTARI, Félix. **A transversalidade.** In: Revolução molecular: pulsações políticas do desejo. São Paulo: Brasiliense, 1985.

HARAWAY, Donna. **Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial.** Cadernos Pagu. (5), p. 7-41, 1995.

hooks, bell. **Ensinando a transgredir: a educação como prática da liberdade.** São Paulo Martins Fontes, 2013.

KASTRUP, Virgínia; PASSOS, Eduardo. **Cartografar é traçar um plano comum.** Fractal, Rev. Psicol. [online]. vol.25, n.2, pp.263-280, 2013.

LUCHMANN, Lígia Helena Hahn; RODRIGUES, Jefferson. **O movimento antimanicomial no Brasil.** Ciência saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 399-407, Apr. 2007.

MACHADO, Maria Helena. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 2, 1986.

MATURANA, Humberto; VARELA, Francisco. **A Árvore do Conhecimento: Às Bases biológicas do entendimento humano**. Editorial Psy II. Tradução: Jonas Pereira dos Santos. 1995.

MERHY, Emerson. **Público e privado: entre aparelhos, rodas e praças**. In: ACCIOLY, G. (Org.). *Saúde no Brasil: cartografia do público e do privado*. São Paulo: Hucitec, p. 6-12, 2006.

MSTM. **Carta de Bauru**. Bauru: Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental, 1987.

NIETZSCHE, Friedrich. **Genealogia da Moral**. São Paulo: Companhia das Letras, tradução de Paulo César de Souza, 1999.

ONOCKO CAMPOS, Rosana. *et al.* **A adaptação Multicêntrica do guia para a Gestão Autônoma da Medicação**. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v.16, n.43, p.967-80, 2012.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; *et al.* **A Gestão Autônoma da Medicação: Uma intervenção analisadora de serviços de saúde mental**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10): 2889-2898, 2013.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides. **A cartografia como método de pesquisa-intervenção**. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. da (Org.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, p. 17-31, 2009.

PASSOS, Eduardo; EIRADO, André. **Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador**. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. da (Org.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, p. 110-131, 2009.

PASSOS, Eduardo; *et al.* **Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação (GAM)**. *Aletheia*, 41, 24-38, 2013a.

PASSOS, Eduardo; *et al.* **O Comitê Cidadão como estratégia cogestiva em uma pesquisa participativa no campo da saúde mental**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10):2919-2928, 2013b.

PASSOS, Rachel Gouveia. **Trabalhadoras do Care na Saúde Mental: Contribuições marxianas para a profissionalização do cuidado feminino**. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Programa de Estudos Pós-graduados em

Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2016.

PEREIRA, Melissa de Oliveira; PASSOS, Rachel Gouveia. **Luta Antimanicomial e Feminismos: Discussão de Gênero, Raça e Classe para a Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Rio de Janeiro: Autografia, 2017.

PRECIADO, Paul Beatriz. **TESTO JUNKIE: Sexo, drogas e biopolítica na era farmacopornográfica**. São Paulo: n-1 edições, 2018a.

PRECIADO, Paul. **Transfeminismo**. N-1 edições. 2018b.

RIBEIRO, Djamila. **O que é: lugar de fala?**. Belo Horizonte (MG): Letramento, 2017.

SADE, Christian; *et al.* **O uso da entrevista na pesquisa-intervenção participativa em saúde mental: o dispositivo GAM como entrevista coletiva**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), 2813-2824, 2013.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. **A mulher na sociedade de classes: mito e realidade**. Petrópolis: Vozes, 1976.

SUGIMOTO, Luiz. **Pesquisas revelam hipermedicação de pacientes com transtorno mental**. *Jornal da Unicamp*, Campinas, n.530, p.5, 18-24, jun. 2012.

TELLES, Edson. **Direitos Humanos, estratégias menores**. Série Pandemia. N-1 edições, 2018.

TYKANORI, Roberto. **Contratualidade e reabilitação psicossocial**. In: A. M. F. Pitta (org) *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Editora Hucitec, 1996.

VARELA, Francisco; THOMPSON, Evan; ROSCH, Eleanor. **A Mente Incorporada**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

WERMELINGER, Mônica; *et al.* **A Feminilização do Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil**. *Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 45, p. 54-70, 2010.