

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
PUC – SP

Dayse Andrade Bispo Silva

Pesquisa Participativa e Produção de Conhecimento: ferramentas da
reabilitação psicossocial no cotidiano das residências terapêuticas

Doutorado em Psicologia Social

São Paulo

2017

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
PUC – SP

Dayse Andrade Bispo Silva

Pesquisa Participativa e Produção de Conhecimento: ferramentas da
reabilitação psicossocial no cotidiano das residências terapêuticas

Tese apresentada à Banca
Examinadora da Pontifícia
Universidade Católica de São Paulo,
como exigência parcial para obtenção
do título de Doutor em Psicologia
Social sob a orientação da Profa. Dra.
Maria Cristina Gonçalves Vicentin.

Doutorado em Psicologia Social

São Paulo

2017

Banca Examinadora

Aos meus pais

João Andrade

Maria do Carmo Bispo

Às moradoras (in memoriam)

Flaviana Moreira

Maria Lucia Costa

AGRADECIMENTOS

Quatro anos. Uma vida, para mim. Foram anos muito intensos e admito que me exigiram muita força. Saio deste doutorado não só com o título e uma tese escrita. Saio outra pessoa, que atravessou mares e cachoeiras, descansou na areia e tropeçou nas pedras. E cá estou eu, escrevendo os agradecimentos. Por isso, começo agradecendo aos meus guias espirituais, sem eles, com certeza não teria chegado até aqui.

Agradeço imensamente à minha família, aos meus pais João e Maria do Carmo, meus irmãos Regina e Leonardo, que estiveram sempre, indiscutivelmente, ao meu lado. Vocês são a minha fortaleza aqui na terra.

Agradeço à minha avó Maria. Aos meus tios e meus primos, em especial Tio Edesio, Tia Jucilene e Larissa, minha família aqui em São Paulo, que me acolhem, cuidam e ajudam sempre, desde o dia em que cheguei aqui em São Paulo, em 2009.

Agradeço MUITO à Cristina Vicentin, que é mais do que uma orientadora, é uma mentora na minha vida. Sempre me ajudando a organizar a bagunça da minha cabeça, apostando nos meus desejos e abrindo meus caminhos profissionais.

Agradeço à Comissão de Bolsas do Programa e à CAPES pela bolsa logo no primeiro semestre do doutorado.

Agradeço a todos os participantes da pesquisa em São Bernardo do Campo: Anderson, Andreia, Crystal, Cícera, Cidinha, Dolores, Dani Luca, Dani, Edilaine, Elaine, Elizete, Jazi, Jana, Joana, Joelma, Lara, Loredane, Marcia, Raquel, Regina, Solange, Sueli, Ruriá e tantos outros que passaram conosco. Vocês me ensinaram a importância do amor, carinho e alegria no trabalho. Sou muito grata a tudo!

Agradeço às minhas “Miguinhas Psi”, que, mesmo longe, continuam tão perto e próximas: Aline Belém, Aline Morschel, Débora, Giceli, Grazi, Karen, Luciana, Suzanne, Dani e Silvinha.

Agradeço à minha família espiritual, divisor de águas na minha vida! A todos da Ordem Princípio e Luz, muito obrigada por me ajudarem a reencontrar o meu caminho espiritual. Em especial agradeço à Renata (que me acolheu no meu primeiro dia na Ordem e segue

fazendo isso até hoje), ao Bruno, meu mestre, ao Luca, que me ajudou nos momentos de crise confusão mental lá em Londres, e à Mary, por ter revisado parte do meu trabalho.

Agradeço em especial também à Vania que, mesmo sendo aracajuana e psicóloga formada na UFS também, nossos caminhos só se cruzaram aqui em São Paulo e tem se tornado uma grande amiga e companheira. Salve Nossas Forças, Amiga!

Agradeço imensamente ao Pedro Mascarenhas, meu mentor no Psicodrama, orientador e parceiro, ajudou-me no Relatório de Qualificação desta tese e sempre abre caminhos profissionais para mim.

Agradeço a todos os colegas do Psicodrama da SOPSP, à Turma Quente, ao meu grupo de Supervisão (Adelsa, Mary e Wendy) e à turma da Educação Continuada: Débora, Cassiana, Ivan, Elaine, Terike, Luciane. Aos professores e terapeutas Sergio Perazzo e Anibal.

Agradeço também aos amigos do grupo mais “movimentado” do WhatsApp: Bruno, Daniel, Blau, Bela, Paola, Parker, Prycila, Nick, Nat e Rafa. Vocês moram no meu coração.

Agradeço aos meus amigos queridos de Aracaju, que estão sempre comigo, não importa a quilometragem de distância: Carlos Diego, Lisandra, Ale, Aninha. Vocês são muito importantes para mim.

Agradeço a todos que conheci em Londres e fizeram parte da realização de um sonho, em especial a Profa. Killapsy, por ter me aceitado no seu grupo de pesquisa na UCL. Muito obrigada, Teresa, Christian, Sarah, Rosy, Rosi, Peter e Liberty. Aos meus *flatmates* queridos, tive muita sorte de morar com vocês: Debbie, Anne e Carlo. E também à minha amiga Pamela, querida do coração, pude matar um pouco da saudade de morarmos na mesma cidade.

Um agradecimento especial à Deborah (Metal), que esteve comigo desde o começo, comemorando minha bolsa de estudos tomando uma espumante Veuve Clicquot Rosé num copo americano de cerveja.

Agradeço às minhas filhas Lara e Clara, que sentaram no meu colo enquanto eu escrevia, fazendo-me companhia.

E agradeço a quem amo e que me proporcionou bons encontros que potencializam minha vida.

RESUMO

A Residência Terapêutica (RT) é uma das principais estratégias para a redução dos leitos psiquiátricos no Sistema Único de Saúde. São casas para sujeitos com transtornos mentais ou uso abusivo de álcool e outras drogas para os quais a falta de moradia e de rede social são questões prioritárias no seu projeto de vida. Recebem principalmente ex-internos dos hospitais psiquiátricos. Pensando na importância desse equipamento para o Movimento da Reforma Psiquiátrica e na estrutura de rede que São Bernardo do Campo possui hoje, este estudo teve como interesse pesquisar os processos de reabilitação psicossocial realizados no cotidiano dessas casas/serviços, a partir de uma metodologia que privilegiasse a produção de conhecimento de forma coletiva e participativa entre o pesquisador e os sujeitos envolvidos no campo-tema. Construímos, desta forma, um dispositivo grupal participativo a partir das pistas teóricas e metodológicas das pesquisas participativas, do Psicodrama e da Análise Institucional. O dispositivo Grupo Participativo contou com a participação de 16 profissionais de RTs (Acompanhantes Terapêuticos) e com 5 profissionais do Centro de Atenção Psicossocial, referências terapêuticas dos moradores das RTs, totalizando 12 encontros. A estrutura desses encontros privilegiaram o trabalho com multiplicação dramática em torno de situações do cotidiano, seguido de processamento e da produção de textos. Iniciamos a tese contextualizando as RTs em SBC e apresentando a caixa de ferramentas para a construção da intervenção: o sentido da participação na pesquisas-intervenção e cartografia, a contribuição teórica e metodológica do Psicodrama assim como a articulação destes dois eixos metodológicos - participação e protagonismo. A montagem e o percurso do dispositivo Grupo Participativo são temas do terceiro momento da escrita. O material empírico, apresentado na forma de cenas, foi organizado em duas partes. A primeira privilegia as ferramentas do cuidado na reabilitação psicossocial tais como formuladas pelo Grupo Participativo, em cinco vetores: o vínculo entre trabalhadores da RT e moradores; os limiares desse encontro, na forma das turbulências e das crises nas RTs, a alegria de conviver, a responsabilização e a produção de subjetividade no trabalho da RT. A segunda discute aspectos do processo de trabalho na RT e a inseparabilidade entre modos de gestão e modos de atenção, focalizando os vetores: carga-horária dos Acompanhantes Terapêuticos, a função de coordenador da RT e de referência terapêutica dos moradores, a coresponsabilização do cuidado e a construção do Projeto Terapêutico Singular. Nossa tese é que o hibridismo casa-serviço das RTs intensifica a experimentação radical do cuidado em saúde mental, articulando a clínica do morar aos agenciamentos no território, posicionando o trabalhador Acompanhante Terapêutico numa experiência de multi-implicação, num protagonismo de múltiplos papéis na relação com os usuários, com a equipe e com a cidade. As RTs configuram assim uma “ambiência particular” para a experimentação das potências e dos limiares da Reforma Psiquiátrica.

Palavras-chave: pesquisa participativa, residência terapêutica, reabilitação psicossocial.

ABSTRACT

Therapeutic Residency (TR) is one of the main strategies to reduce psychiatric beds in the Brazilian Unified Health System. They are houses for people with mental disorders or abusive use of alcohol and other drugs for those the lack of housing and social network are priority issues in their life project. They receive mainly former inmates from psychiatric hospitals. Considering the importance of this equipment for the Psychiatric Reform Movement and the network that São Bernardo do Campo has today, this study aim to research the processes of psychosocial rehabilitation performed in the daily life of these houses-services, based on a methodology that privileged the production of knowledge in a collective and participatory way between the researcher and the subjects involved in the field. Therefore, we created a participative group device based on the theoretical and methodological guidelines of participatory research, Psychodrama and Institutional Analysis. The Participatory Group device was attended by 16 professionals from TR (Therapeutic Companion) and 5 professionals from the Psychosocial Care Centre (therapeutic references of the residents of TRs), in a total of 12 meetings. The structure of these meetings privileged the work with dramatic multiplication around daily situations, followed by processing and producing texts. We started the thesis by contextualizing TRs in SBC and presenting the toolbox for the construction of our intervention: the sense of participation in intervention and cartography researches, the theoretical and methodological contribution of Psychodrama, as well as the articulation of these two methodological fields - participation and protagonism. The creation and the course of the Participative Group device are themes of the third moment of this writing. The empirical material, presented in the form of scenes, was organized in two parts. The first focuses on the tools of care in psychosocial rehabilitation as formulated by the Participatory Group, presented in five vectors: the link between TR workers and residents; the thresholds of this meeting, in the form of turbulences and crises in the TRs, the joy of being together, responsibility and the production of subjectivity in RT work. The second part discusses aspects of the work process in TR and the inseparability between modes of management and modes of care, focusing on theses vectors: work hours of the Therapeutic Companions, the role of TR's coordinator and therapeutic references of the residents, co-responsibility care and the construction of the Singular Therapeutic Project. Our thesis is that the hybridity house-service that TRs have, intensifies the radical experimentation of mental health care, articulating the clinic of living to the agencies in the territory, positioning the Therapeutic Companion workers in an experience of multi-implication, and in a protagonism of multiple roles with the residents, the team and the city. TRs, therefore, constitute as a "particular ambience" for the experimentation of potentialities and thresholds of the Psychiatric Reform.

Key words: participatory research, therapeutic residency, psychosocial rehabilitation.

LISTA DE GRÁFICOS

	pg
Gráfico 1: Profissionais Inscritos no Grupo Participativo por Serviço	95
Gráfico 2: Profissionais Inscritos no Grupo Participativo por Função	95
Gráfico 3: Fase 2 – Discussão de PTS – Participantes Discriminados por Serviços	96
Gráfico 4: Fase 2 – Discussão de PTS – Participantes Discriminados por Função	97

LISTA DAS TABELAS

	pg.
Tabela 1: Componentes da Rede de Atenção Psicossocial.	20
Tabela 2: Componentes da Rede de Atenção Psicossocial em São Bernardo do Campo.	29

LISTA DE FIGURA

	pg
Figura 1: Gráfico da Teoria dos Papéis Proposta por Moreno (1978, p. 129)	63
Figura 2: Gráfico da Teoria dos Papéis, acrescentado os papéis históricos, desenvolvido por Naffah Neto (1979)	65
Figura 3: Gráfico de Apresentação dos Contextos Social, Grupal e Dramático	67
Figura 4: Gráfico dos Contextos Social, Grupal, Dramático e Institucional	69
Figura 5: Experimentação da Construção do Ecomapa com os Trabalhadores	153

LISTA DAS CENAS

	pg
Lepo Lepo	102
Cuidado dos Moradores com os ATs	103
Cenas Ressonância	104-105
Multiplicações	105
Músicas	106-107
Mais um dia de Trabalho	108
Impacto de uma Contenção	109
Casa “Sozinha”	113
Quem é Responsável se o Morador Some?	115
Volta de Carro	117
Cenas Ressonância	119
Multiplicações	119-120
Músicas	120
Chegada do AT na Casa	123
Amor Acima de Tudo	124
Casa dos Loucos	127
Potência Transformadora da Residência Terapêutica	131
Carga Horária	135
Dobras do Plantão	139
O CAPS não quer nos receber	143
Efeitos da Intervenção de uma Referência Técnica	145
Referência Terapêutica do Morador	148
Maritaca Surge no Grupo	155
O Incidente	158
O que Fazer?	159
Outro Incidente	161
Vínculo e Maritaca	165

LISTA DE ABREVIATURAS

(em ordem alfabética)

AI	Análise Institucional
AIH	Autorizações de Internação Hospitalar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AT	Acompanhante de Residência Terapêutica
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas
CAPSad-i	Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas infanto-juvenil
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CeCCO	Centro de Convivência e Cultura
CEBAS	Certificação das Entidades Beneficentes de Assistência Social
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
GCM	Guarda Civil Metropolitana
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASP	Núcleo de Atenção Psicossocial
PNH	Política Nacional de Humanização do SUS
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PUC	Pontifícia Universidade Católica
PVC	Programa de Volta pra Casa
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Assistência Social
RT	Residência Terapêutica
SP	São Paulo
SBC	São Bernardo do Campo
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel e de Urgência
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS	Unidade Básica de Saúde
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNICAMP	Universidade de Campinas
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

	pg.
Introdução	17
Linha 1: O Encontro com as Residências Terapêuticas em São Bernardo do Campo – SP	28
Linha 2: Sentido da Participação nas Pesquisa-Ação, Intervenção e Cartografia	38
1. Pesquisas Participativas e suas Diversas Modulações	38
2. Pistas Ético-Político- Metodológicas a partir de Experiências com Pesquisas Participativas em Saúde Mental	45
3. Acompanhando uma Pesquisa Participativa: UNIFESP – Baixada Santista	51
Linha 3: Pesquisa Participativa e Psicodrama – pistas teórico-metodológicas	54
1. Moreno: Psicodrama e sua visão de homem	54
2. Psicodrama	58
3. Espontaneidade e Criatividade	60
4. Teoria dos Papéis e Contextos	62
5. Psicodrama e Pesquisa Participativa	71
6. Participação, Protagonismo e Protagonista	76
Linha 4: Coconstrução da Pesquisa com o Território de São Bernardo do Campo: Dispositivo Grupo Participativo	80
1. Dispositivo	81
2. Multiplicação Dramática	85
3. Processamento e Escrita Coletiva	88
4. Desenho do Dispositivo Grupo Participativo	92
5. Processualidade do Dispositivo Grupo Participativo	93
Linha 5: Saberes e Afetos na Prática Cotidiana nas Residências Terapêuticas	101
1. Reabilitação Psicossocial: ferramentas do cuidado	102
a) Vínculo/Encontro entre Trabalhadores de Saúde Mental e Moradores de Residência Terapêutica	102
b) Limites do Encontro: turbulências e crises nas Residências	109

Terapêuticas	
c) Responsabilização	112
d) Alegria	117
e) Modificações Subjetivas dos Trabalhadores que se Engajam	122
nas Residências Terapêuticas	
2. Reabilitação Psicossocial: pontos de articulações	125
3. Híbrido Casa-Serviço das Residências Terapêuticas e Multi-implicação dos ATs	127
Linha 6: Protagonismo dos Profissionais e Processos de Trabalho: modos de gestão e atenção e redes de co-responsabilização	134
1. Carga Horária dos Acompanhantes de Residência Terapêutica	135
2. Função Coordenador de Residência Terapêutica	141
3. Papel das Referências Terapêuticas dos Moradores	146
7. Trançando Linhas: Caso Maritaca	155
Considerações Finais	169
Referências Bibliográficas	176
Anexos	190

INTRODUÇÃO

Este trabalho buscou a construção de um conhecimento coletivo sobre as Residências Terapêuticas a partir da criação de um dispositivo grupal com profissionais ligados às casas/serviços de São Bernardo do Campo. Para iniciarmos nossa apresentação, faz-se necessário posicionar nossa pesquisa no cenário brasileiro, para iniciarmos a elaboração das nossas linhas de análise.

Nossa aposta metodológica está diretamente articulada aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e à Análise Institucional. Partimos de uma pesquisa-intervenção participativa para construir modos de produção de conhecimento consonantes com as práticas de produção de saúde em saúde mental. Portanto, iremos aqui iniciar nossa apresentação contextualizando o surgimento das políticas públicas do SUS e da saúde mental e as articulações iniciais que nossa pesquisa buscou.

A Constituição Brasileira de 1988 afirma no Artigo 196: “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988).

Assim, o SUS surgiu no bojo das discussões da redemocratização brasileira. Efeito do movimento social conhecido como Reforma Sanitária, a Lei 8080/90 foi promulgada e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, assim como a organização e o funcionamento dos serviços. Tem como principais princípios norteadores a universalidade do acesso, a integralidade dos serviços, a equidade dos atendimentos e o controle social (BRASIL, 1990).

Segundo o Ministério da Saúde (2004a), o principal avanço do sistema entre 1990-2004 foi a implementação das diversas redes de atenção seguindo a lógica da territorialização, descentralização e regionalização do cuidado e da gestão. Porém, muitos foram os entraves que também produziram a fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho, refletindo diretamente na atenção ao usuário dos serviços. Tais entraves se devem, entre outros fatores, ao baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe, sem um processo crítico e comprometido com as práticas de saúde e com os usuários em suas diferentes necessidades (idem).

No movimento de reafirmar os princípios do SUS, fortalecer seus avanços e lutar pela melhoria do sistema, em 2004 começou a Política Nacional de Humanização do SUS (PNH ou HumanizaSUS), que tomou a seguinte trinca de princípios articulados e indissociáveis:

- a inseparabilidade entre modos de gestão e de atenção, compreendendo que são mutuamente influenciados e determinados;
- a transversalização de saberes, poderes e afetos na ação cotidiana dos serviços e das práticas de saúde, incentivando deslocamentos subjetivos e a produção de planos de ação comum sem, contudo, negar especificidades;
- a aposta na autonomia e protagonismo dos sujeitos, que em relação e guiados por orientações éticas – também construções históricas – são capazes de acionar vontade e desejo de mudança, construindo redes de corresponsabilização. (PACHE, 2013, p. 704)

A partir dessa tríade e da ação positiva de prospectar e apoiar “o SUS que dá certo”, ações ligadas à PNH trabalharam com objetivo de ampliar e contagiar os trabalhadores para mudanças e experimentações que foram formuladas a partir da positividade das experiências (PACHE, 2013).

Fomentaram-se então diversas intervenções, em especial aquelas que transversalizavam os princípios do SUS e estratégias metodológicas da Análise Institucional, principalmente para a construção de processos coletivos nos serviços de saúde. Uma das estratégias construídas na PNH foi o Método da Tríplice Inclusão, que propõe: (1) a inclusão dos sujeitos nos arranjos, processos e dispositivos de gestão, na clínica e na saúde coletiva, implicando em construção de espaços coletivos, para que no encontro produzam-se entendimentos e ações comuns; (2) a inclusão de coletivos, redes e movimentos sociais, pois se entende que, quando o SUS é encarado como experiência coletiva, na qual o fomento e a produção de redes sociais são importantes para a condução, gestão e efetivação do cuidado clínico, amplia-se a sustentação de mudanças na política pública; e (3) a inclusão de analisadores sociais a partir desse encontro entre sujeitos e coletivos sociais nos arranjos e dispositivos de gestão e do cuidado – considerada a mais radical inclusão, pois

o encontro de alteridades não pode ser compreendido apenas como abertura à participação em direção aos usuários e trabalhadores para uma maior aderência a prescrições heterônomas, ou para simples melhorias nos processos de gestão convencional das organizações. Incluir o outro implica atitude generosa que suscita alteração nas relações de poder entre os sujeitos. Alterar relações de poder requisita deslocamentos e ressignificação dos lugares e posições que se ocupam na relação com o outro na perspectiva da produção da corresponsabilização; o que exige, por sua vez relativizar construções prévias ao encontro, para nele produzir ação comum. (PACHE, 2013, p. 705)

Destacamos os seguintes princípios da PNH (BRASIL, 2004a) em diálogo com a Análise Institucional (GUATTARI, 2004; LOURAU, 2004b, 2004c), que também nos serão importantes no decorrer da nossa pesquisa:

- a transversalidade, que se refere ao aumento do grau de comunicação intra e intergrupos, tendo como efeito a desestabilização das fronteiras dos saberes, dos territórios de poder e dos modos instituídos das relações de trabalho;

- a indissociabilidade entre a atenção e a gestão do cuidado, que implica em não separar os modos de cuidar dos modos de gerir e de se apropriar do trabalho;

- o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos, que implicam na produção de si e do mundo, nas diferentes realidades sociais (econômicas, políticas, institucionais e culturais).

Para a construção da nossa pesquisa, demos destaque à participação, pois, assim como Furtado e Campos (2008), acreditamos que a participação da comunidade acadêmica e os grupos de interesse na produção de conhecimento em torno das políticas de saúde são igualmente desejáveis, assim como a participação da comunidade através do controle social. Quando o saber dito científico e o saber produzido na experiência singular do cotidiano se entrecruzam, permite-se a ampliação da capacidade de produção de dados de uma pesquisa (PASSOS et al., 2013a).

Direcionando esta introdução para o nosso campo-tema¹ de trabalho, a Política de Saúde Mental no Brasil hoje é fruto do movimento da Reforma Psiquiátrica que aconteceu no mesmo período da Reforma Sanitária. A lei que institui a mudança de

¹ P. Spink (2003) propõe campo-tema como um complexo de redes de sentidos que se interconectam, criando um espaço pelo pesquisador e pela pesquisa. É tudo que está em torno do tema, assim como do campo empírico, pois se entende que tudo relacionado à pesquisa faz parte do seu campo-tema.

modelo de atenção (de hospitalocêntrico para serviços abertos na comunidade) foi assinada em 2001 (BRASIL, 2001), consolidando experiências de desinstitucionalização desde o final dos anos de 1970 e possibilitando a abertura de novos serviços de atenção à saúde mental (como também a redução progressiva dos leitos SUS nos hospitais psiquiátricos).

Hoje a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), regulada pela Portaria 3.088/2011, possui os seguintes serviços:

Tabela 1: Componentes da Rede de Atenção Psicossocial

Componentes da Rede de Atenção Psicossocial	
Atenção Básica em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Unidade Básica de Saúde (UBS); - Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); - Consultório de Rua; - Centros de Convivência e Cultura (CeCCO).
Atenção Psicossocial Estratégica	<ul style="list-style-type: none"> - Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas suas diferentes modalidades.
Atenção de Urgência e Emergência	<ul style="list-style-type: none"> - Serviço de Atendimento Móvel e de Urgência (SAMU) 192; - Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro, UBS.
Atenção Residencial de Caráter Transitório	<ul style="list-style-type: none"> - Unidade de Acolhimento; - Serviço de Atenção em Regime Residencial².
Atenção Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> - Serviços Hospitalares de Referência em saúde mental e álcool e outras drogas, em Hospitais Gerais, Maternidades e Pediatria.
Estratégias de Desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none"> - Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); - Programa de Volta pra Casa (PVC); - Programa de Desinstitucionalização³.

² São as Comunidades Terapêuticas, que “são entidades prestadoras de serviço que para se inserirem no contexto dos pressupostos da RAPS, devem se adequar à: existência de RAPS constituída; Certificação das Entidades Beneficentes de Assistência Social (CEBAS), observância às disposições contidas na Resolução nº 63, de 25 de novembro de 2011, da ANVISA; comprovação da existência e do efetivo funcionamento da entidade beneficiária há pelo menos três anos quando da publicação desta Portaria.” (BRASIL, 2016, p. 61).

Estratégias de Reabilitação Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> - Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda; - Fortalecimento do Protagonismo de Usuários e Familiares.
--	---

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS (BRASIL, 2016, p. 9).

Com a tabela acima, fica bastante evidente que, para um processo de desinstitucionalização seja o mais efetivo possível, precisa-se de um trabalho intersetorial, com diversos serviços interligados. A portaria que dispõe sobre a RAPS chama a atenção para a retirada dos hospitais psiquiátricos como serviços de apoio às internações.

A RAPS se efetiva – isto é, só existe – na dependência de pessoas (de pontos de atenção diversos) que se conectam e se coordenam com uma finalidade comum. (...) nessa configuração das RAPS, os hospitais psiquiátricos não constituem pontos de atenção e estão colocados como objeto do componente de desinstitucionalização (Assis *et al.*, 2014 *apud* BRASIL, 2016, p. 9-10)

Esta é uma das razões de São Bernardo do Campo/SP ter sido escolhida como *locus* desta pesquisa, pois, ao escolhermos as Residências Terapêuticas como objeto de estudo, nos é muito precioso ter um município que conseguiu o processo total de desospitalização dos seus munícipes, da mesma forma que possibilita que toda a atenção em saúde mental seja realizada em serviços territoriais na comunidade⁴.

O Serviço Residencial Terapêutico (ou Residência Terapêutica – RT, como chamaremos aqui) é uma das principais estratégias para a redução dos leitos psiquiátricos no SUS. São casas para sujeitos com transtornos mentais ou uso abusivo de álcool e outras drogas para os quais a falta de moradia e de rede social são questões prioritárias no seu projeto de vida. Recebem principalmente ex-internos dos hospitais psiquiátricos.

Foi instituída como serviço do SUS através da Portaria 106/2000. Hoje é a Portaria 3090/2011 que o regula quanto ao repasse de recursos de incentivo de custeio

³ Entende-se como ações sob responsabilidade de uma Equipe de Desinstitucionalização que fornece apoio às equipes dos hospitais psiquiátricos, a fim de construir conjuntamente, a partir de vínculos estabelecidos dentro das instituições, o processo de desinstitucionalização dos moradores. São ações exclusivamente municipais (BRASIL, 2016).

⁴ Apresentaremos com mais detalhes a RAPS de São Bernardo na Linha 1 deste trabalho.

mensal para implantação e funcionamento⁵ e está vinculado à Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos dos sujeitos com transtornos mentais; Lei 10.708/2003, que institui o auxílio-reabilitação para pacientes egressos de internações psiquiátricas; às Portarias 52 e 53/2004, que estabelecem um programa de redução de leitos psiquiátricos no país; e à Portaria 3088/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial.

Essas novas regulações, além de aumentar o incentivo financeiro para implantação do serviço/casa (de R\$ 10.000,00 para R\$ 20.000,00), instituiu o custeio mensal por grupos de moradores, ampliou o acesso a pessoas egressas de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e estabeleceu diferentes modalidades para o serviço/casa, que podem ser tipo I ou tipo II, a partir da avaliação das condições de saúde dos moradores, relacionados ao grau de dependência e às necessidades de cuidados intensivos específicos, do ponto de vista de saúde em geral (BRASIL, 2016).

De acordo com os últimos dados do Ministério da Saúde (2015) o Brasil possui 610 Residências Terapêuticas com 2031 moradores, e o Estado de São Paulo tem 179 RTs com 331 moradores⁶. Este número ainda é insuficiente, se compararmos ao número de leitos psiquiátricos com internos/moradores (internos com mais de dois anos interrompidos e em condições de alta) que ainda existem, 25.988 no Brasil e 9.539 no Estado de São Paulo (idem), e na Grande São Paulo⁷ são 264 internos/moradores (CAYRES *et al.*, 2015).

Em 2008 foi publicado o censo psicossocial que realizou o primeiro levantamento quantitativo e qualitativo de todos os hospitais psiquiátricos ativos no Estado de São Paulo. Em São Bernardo do Campo existiam 39 internos/moradores nos hospitais psiquiátricos e 320 leitos (BARROS, BICHAFF, 2008). Na sua atualização em 2015, a Grande São Paulo não estava mais discriminada pelos municípios, mas, segundo o

⁵ O financiamento deixou de ser associado ao remanejamento das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) e passou ter recurso próprio pelo Ministério da Saúde.

⁶ Com a Portaria 3090/2011, que estabeleceu a nova proposta de financiamento para as RTs, tornou-se indispensável o recadastro de todos os serviços/casas, inclusive para os existentes até 2011, processo que ainda está em andamento. Passam a ser considerados os dados que estão estritamente vinculados aos estabelecimentos cadastrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) (BRASIL, 2016).

⁷ Região que compõe os Municípios de Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano, Mauá, Diadema, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra.

Caderno de Saúde Mental publicado pelo Município de São Bernardo (s/a), em seu processo de desinstitucionalização, todos os internos/moradores saíram do Centro Psiquiátrico São Bernardo (conhecido como Hospital Lacan) e estão com familiares ou em Residências Terapêuticas.

Atualmente são seis Residências Terapêuticas no município, entre femininas e masculinas. A primeira foi inaugurada em 2009, depois uma em 2010, uma em 2011, duas em 2012 e a mais recente em 2013 (DAMIN, 2014).

Pensando na importância desse equipamento para o Movimento da Reforma Psiquiátrica e na estrutura de rede que São Bernardo do Campo possui hoje, este estudo teve como interesse pesquisar os processos de reabilitação psicossocial realizados no cotidiano dessas casas/serviços, a partir de uma metodologia que privilegiasse a produção de conhecimento de forma coletiva e participativa entre o pesquisador e os sujeitos envolvidos no campo-tema.

Nossa proposta visa estreitar a relação universidade e serviços de saúde pública, além de sistematizar a produção de conhecimento realizada no cotidiano desses serviços por meio de uma forma de fazer pesquisa qualitativa que privilegia a participação mais ativa dos sujeitos. Uma metodologia participativa nos interessa na medida em que ela está em consonância com a aposta democratizante do SUS (que tem como um dos seus princípios a importância da participação da comunidade) e com as estratégias interventivas da Análise Institucional.

Durante o período de 2013-2014, no bojo dos compromissos deste município com os processos de educação permanente, acompanhei os profissionais do Município de São Bernardo do Campo num Curso de Especialização em Saúde Mental desenhado para o contexto da cidade. Nesse desenho, um dos eixos transversais ao curso foi o eixo Ação em Serviço, atividade que consistia em reunir profissionais de diversas formações e serviços, mas que trabalhavam prioritariamente no mesmo território. O objetivo deste eixo era produzir um projeto de intervenção que fosse desenvolvido no território, levando em conta sua demanda e suas características.

O Território Sanitário 4 de São Bernardo (região Central da cidade) desenvolveu um trabalho voltado para a discussão do conceito de autonomia nas Residências Terapêuticas com profissionais e moradores, utilizando Grupos Focais como método.

O efeito imediato desse trabalho foi identificar uma demanda para maiores discussões sobre os temas da RT junto aos trabalhadores, num momento inclusive de empoderamento da profissão de Acompanhante de Residência Terapêutica (ATs, como são chamados os trabalhadores das casas/serviço, que são conhecidos oficialmente pelo Ministério da Saúde como cuidadores).

Em São Bernardo do Campo não há coordenadores nas casas nem um coordenador geral das RTs, como costuma ter em outros municípios. O responsável administrativo pelas casas/serviço é o CAPS de referência. Assim, ATs e profissionais do CAPS fazem parte da equipe de cuidado destes usuários⁸. Este desenho tem como objetivo uma articulação direta e intensiva da equipe da RT com a equipe do CAPS.

Cada morador tem seu AT de referência na casa e uma referência terapêutica no CAPS, que deveriam acompanhar juntos os Projetos Terapêutico Singulares de cada morador.

A partir do território fértil que o Curso de Especialização proporcionou e com este desenho singular que as RTs têm em São Bernardo, nossa pesquisa se propôs a experienciar uma Metodologia Participativa com o instrumental teórico/prático do Psicodrama, com os profissionais de saúde ligados às RTs sobre a reabilitação psicossocial que opera no cotidiano das casas/serviço.

Para tanto, construímos um dispositivo grupal participativo, no qual usamos o Psicodrama⁹ e oficinas de escrita para a produção de conhecimento coletivo. Com esse dispositivo grupal também pudemos ampliar as discussões sobre o uso do Psicodrama como estratégia de pesquisa e de intervenção com os profissionais de saúde.

Esta pesquisa se inscreve no Núcleo de Lógicas Institucionais e Coletivas do Programa de Psicologia Social da PUC-SP, que desenvolve estudos e pesquisas em torno de processos de produção de subjetividade recorrendo a diálogos entre a Análise Institucional Francesa, a micropolítica (Deleuze e Guattari) e aportes de Michel Foucault

⁸ Cada CAPS em SBC (são três) organizou de forma singular a gestão das RTs, que será descrita ao longo deste trabalho, em especial na Linha 6, pois este será um dos nossos analisadores.

⁹ Uma das nossas ferramentas para potencializar o protagonismo dos trabalhadores foi utilizar o Psicodrama com o objetivo de buscar diferentes acessos ao conhecimento produzido por eles no cotidiano de trabalho. Provocando o encontro dos sujeitos participantes da pesquisa em outros contextos, de outras formas, pretendíamos produzir afetos e aumentar o coeficiente de transversalidade do grupo.

relativos à analítica das relações de poder e dos modos de subjetivação¹⁰. Contamos com o apoio financeiro em formato de bolsa de estudos da Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Este foi o solo no qual nossa pesquisa foi construída. Apostamos na importância da experimentação com o campo-tema e nos propusemos a caminhar com os profissionais na direção do que fazia sentido para o grupo.

(...) é conectar afetos que nos surpreendem e, para tanto, (...) é preciso ativar o potencial de ser afetado, educar o ouvido, os olhos o nariz para que habitem durações não convencionais, para além de sua função sensível trivial, ativando algo de suprassensível, dimensão de virtualidade que só se amplia à medida que é exercitada. (POZZANA, 2014, p. 63)

Observamos que as experimentações de pesquisas participativas potencializam a análise das singularidades de cada município e do seu modo de implementar a RAPS, produzindo um material rico e vivo para o território também. Mais do que discutir resultados, iremos discutir os efeitos provocados desse encontro entre a pesquisa e o território de São Bernardo.

Esta tese será apresentada através de linhas que atravessaram a produção da nossa pesquisa. Entendemos que esses traçados não configuram etapas sucessivas no processo de pesquisa, nem tampouco categorias delimitadas para a análise dos dados produzidos. É, antes, um conjunto de linhas em torno de temáticas que foram constituindo a construção do projeto, a intervenção e a escrita final desta pesquisa.

Entendemos nosso trabalho como uma trama de experimentações, movimentações e composições de multiplicidades a partir dos encontros que nossa pesquisa proporcionou. Desejamos produzir conhecimento sobre as RTs a partir da potência desse encontro e da tentativa de trazer para o campo da escrita a intensidade afetiva que foram os encontros com os participantes. O desafio lançado de apresentar pela escrita os encontros, os desencontros, as inquietações, as angústias e alegrias da experiência. Trazer o entre, o COM construído no processo da pesquisa participativa, sem entancar os afetos. Desta forma, já indicamos aos leitores que esta foi uma escrita implicada (HESS,

¹⁰ Para mais informações: <http://nuplicpucsp.weebly.com>

WEIGANDG, 2006), tentando se aproximar ao máximo do que foi o movimento intensivo em São Bernardo.

Para tanto, seguimos este desenho da tese:

Na Linha 1 contaremos a implementação das Residências Terapêuticas em São Bernardo do Campo, construída a partir de informações publicadas em alguns trabalhos escritos pelos trabalhadores do território, de fatos compartilhados no Grupo Participativo e de uma roda de conversa sobre esse tema com duas ATs que estão na rede desde a primeira RT na cidade.

Em seguida, apresentaremos os elementos que foram se constituindo como nossa caixa de ferramentas de pesquisa para a construção da intervenção: o sentido da participação nas pesquisas-ação, intervenção e cartografia (Linha 2), na qual mostraremos as referências que nos ajudaram a compor a metodologia participativa através das suas diversas modulações, das pistas ético-político-metodológicas das experiências com pesquisas participativas em saúde mental e da nossa experiência de acompanhar uma pesquisa participativa na UNIFESP-Baixada Santista.

Na linha seguinte (Linha 3), apresentaremos a contribuição teórica e metodológica do Psicodrama, começando pelo percurso do seu criador Jacob Moreno, depois pelas aproximações do Psicodrama com o fazer pesquisa, pela articulação com a postura ético-político-metodológica da cartografia. E os principais conceitos que nortearam nosso trabalho empírico e nossa análise dos dados produzidos: espontaneidade e criatividade, teoria dos papéis e contexto. Fecharemos com a rede que construímos para embasar nossa pesquisa: participação (pela linha das pesquisas participativas), protagonista (pela linha do Psicodrama) e protagonismo (pela linha da saúde mental).

Em seguida, abriremos outro “novo” com o percurso da coconstrução da pesquisa com São Bernardo do Campo (Linha 4), nossa caixa de ferramentas que contou com a noção de dispositivo, com a multiplicação dramática e seu processamento e com a escrita coletiva e o desenho da intervenção no território. Apresentaremos também as questões do Comitê de Ética quanto à metodologia, ao envolvimento do território com a construção da intervenção e uma visão geral de como foi o processo da nossa experiência.

A última parte será sobre o que foi produzido com o Grupo de pesquisa. Para tanto, organizamos nossa produção de dados a partir de saberes, poderes e afetos na ação

cotidiana dos serviços e das práticas de saúde (Linha 5), onde discutiremos sobre as ferramentas da reabilitação psicossocial elegidas pelo Grupo Participativo em cinco vetores de saberes e de afetos: vínculo produzido a partir do encontro, limiars do encontro - turbulência e crises nas RTs, alegria de se conviver, responsabilização e modificação do trabalhador com o encontro com a Residência Terapêutica. Articularemos essa produção do Grupo com os principais autores utilizados no Brasil sobre a reabilitação psicossocial (Saraceno, 1999; Rotelli, 1990; Pitta, 2001). Fecharemos com a discussão sobre os efeitos do híbrido de ser casa-serviço que a RT provoca e suas multi-implicações.

Seguiremos com a discussão sobre a inseparabilidade entre modos de gestão e modos de atenção (Linha 6), discutindo sobre carga-horária dos ATs, função coordenador nas RTs, referências terapêuticas, corresponsabilização do cuidado e Projeto Terapêutico Singular.

Fecharemos nossa análise com a discussão de um caso que atravessa todos os analisadores produzidos na nossa pesquisa e leva ao limite os posicionamentos ético-político-clínicos da Reforma Psiquiátrica. Chamaremos de Caso Maritaca.

Concluiremos esta tese com as reflexões do contexto histórico-político o qual estamos vivendo no Brasil, os afetos e efeitos provocados pela experimentação de uma pesquisa participativa na área da saúde mental.

Linha 1: O Encontro com as Residências Terapêuticas em São Bernardo do Campo/SP

A construção desta primeira Linha contou com a participação de profissionais que estão em SBC desde a implementação das primeiras Residências. Fizemos uma roda de conversa, na qual foram contando suas trajetórias e o que presenciaram da história das RTs. Valemo-nos também de documentos e publicações da Secretaria de Saúde de São Bernardo e dos profissionais da rede (Trabalhos Técnicos Orientados do Curso de Especialização em Saúde Mental), conversa com a atual coordenadora de Saúde Mental (2012-2016) e informações compartilhadas com os participantes do Grupo Participativo.

São Bernardo do Campo é um município do Estado de São Paulo e está localizado na região conhecida como Grande ABC, juntamente com os Municípios de Santo André, São Caetano, Mauá, Diadema, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra. Tem uma área total de 407,1 km², sendo 52% desse território de proteção manancial. População de 765.203 habitantes (Grande ABC tem 2.551.328 habitantes) (SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, s/a).

A região da Grande ABC foi marcada pelo grande número de internações psiquiátricas no período entre 1950 e 1990. O financiamento destas internações vinha das indústrias locais, pois muitos desses internos eram operários vitimados pelo trabalho nas linhas de produção. Esse quadro começou a se modificar em 1997, quando alguns hospitais da região foram fechados: Hospital Psiquiátrico Borda do Campo em Santo André, Centro Comunitário São Marcos em Mauá, Hospital Eldorado em Diadema e uma Clínica Psiquiátrica em Ribeirão Pires (DALMIN, 2014).

Em 2008, SBC era um dos quatro municípios da Grande São Paulo que possuíam leitos SUS em hospital psiquiátrico – os outros eram São Paulo, Franco da Rocha e Osasco. O hospital vinculado à SBC era o Centro Psiquiátrico São Bernardo do Campo¹¹, de gestão municipal e de natureza privada, que possuía 320 leitos SUS, dos quais 39 internos/moradores eram do município, 12% da ocupação dos leitos SUS neste hospital (BARROS, BICHAFF, 2008).

¹¹ Essa informação foi fornecida pelo Censo Psicossocial de 2008, procurando na Internet o endereço desse Centro, descobrimos que se tratava também da Sociedade Assistencial Beneficente Lacan, conhecida como Hospital Lacan (<http://hospitallacan.com.br/?c=1>).

A partir do Censo Psicossocial de 2008, a gestão municipal iniciou em 2009 a reordenação da Rede de Atenção Psicossocial, tendo como perspectiva cessar a contratação dos leitos SUS no Hospital Lacan. Em média as pessoas ali passavam cerca de dez anos internadas, caracterizando uma população que foi envelhecendo lá dentro. Atualmente, em 2016, todos os 39 internos/moradores identificados no censo saíram do hospital e alguns são moradores das Residências Terapêuticas (SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, s/a).

A RAPS de SBC é toda composta por serviços territoriais e abrange todos os níveis de Atenção que citamos na Tabela 1¹² e experimenta algumas especificidades de alguns serviços, como apresentado na Tabela 2:

Tabela 2: Componentes da Rede de Atenção Psicossocial em São Bernardo do Campo

Componentes da Rede de Atenção Psicossocial em São Bernardo do Campo	
Níveis de Atenção	Número de Serviços em São Bernardo do Campo
Atenção Básica em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - 34 Unidades Básicas de Saúde (UBS) – 125 Equipes de Saúde da Família (ESF); - 8 Equipes Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF);
Atenção Psicossocial Estratégica	<ul style="list-style-type: none"> - 8 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) - 4 CAPS III adulto, - 2 CAPS ad (álcool e outras drogas adulto) - 1 CAPS II infanto-juvenil, - 1 CAPS ad-i (álcool e outras drogas infanto-juvenil), - 1 Consultório na Rua
Atenção de Urgência e Emergência	<ul style="list-style-type: none"> - SAMU 192; - 9 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas e 1 Pronto-Socorro Central
Atenção Residencial de Caráter Transitório	<ul style="list-style-type: none"> - 2 Unidades de Acolhimento Transitório (UAT ou República Terapêutica¹³), uma adulto outra infanto-juvenil;
Atenção Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Não possui leitos nos hospitais gerais.</i>
Estratégias de Desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none"> - 6 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); - Programa de Volta pra Casa (PVC);

¹² Localizada na Introdução deste trabalho.

¹³ Nome dado pelo primeiro grupo de jovens da Unidade (SOUZA, 2014).

Estratégias de Reabilitação Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> - Programa de Desinstitucionalização¹⁴. - Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, chamado de Núcleo de Trabalho e Arte (NUTRART). - Fortalecimento do Protagonismo de Usuários e Familiares com a Associação Mente Ativa e o Projeto Usuário-Guia¹⁵.
--	--

Fonte: BRASIL, 2016; Coordenação de Saúde Mental de São Bernardo do Campo.

Destacamos desta tabela algumas singularidades de SBC. Oficialmente são registradas oito equipes NASF no município, mas, ao invés de terem equipes, investiu-se em apoiadores institucionais que trabalham com as equipes dos serviços intersetorialmente com matriciamento¹⁶.

Quanto aos Consultórios na Rua, apesar de o Ministério da Saúde ordená-los pela Atenção Básica, São Bernardo optou por colocá-los sob a gestão da Psicossocial por entender que é preciso ainda solidificar sua articulação com os CAPS, na direção de conseguir integrar o cuidado e evitar que os casos virassem “casos do Consultório”.

Tanto a Estratégia da Saúde da Família, quanto dos CAPS, têm que ser serviços territoriais, portanto a rua é nossa também, é desse serviço. Evitar com a ideia de que “agora é do Consultório”. E, por outro lado, eles acabam ficando muito tempo com o caso lá, com o argumento de que o usuário não quer vim pra Rede. E o Consultório cuida, mas tem limitações. (...) Então trabalhamos muito duas questões: primeiro que Consultório não é uma casa, é um território. Segundo, o usuário pode não querer saber da RAPS, mas a RAPS tem toda a obrigação de saber dele. Então tem o João que não quer ir pro CAPSad, então tem que ir o CAPSad junto, mas não para convencer o João de ir pra lá, a gente já sabe que ele não quer, é pra vincular com João e começar a cuidar dele na rua. Isso fez avançar a questão da integração entre esses serviços. (Coordenadora de Saúde Mental, Conversa sobre a RAPS de SBC)

¹⁴ A RAPS de São Bernardo não possui essa equipe, pois o processo de desinstitucionalização foi concluído. O que há é uma integração com o processo de outros municípios. Como, por exemplo, neste ano (2016) a RAPS recebeu mais cinco internos/moradores do Hospital Psiquiátrico Vera Cruz (Sorocaba/SP). Estes estão morando nas Residências de São Bernardo. Há um projeto de abrir uma sétima casa para receber mais 10 moradores que ainda estão internados em outros hospitais psiquiátricos do estado.

¹⁵ Que irá apoiar a contratação de usuários para trabalharem nos serviços da RAPS.

¹⁶ Mais informações sobre matriciamento ver <http://amazonia.fiocruz.br/arquivos/category/83-2013-09-17-09-20-37?download=1719:2014-03-19-17-45-18&start=60>.

O CAPSi está em momento de transição, transformando-se em tipo III (24 horas) e integrando o cuidado com o CAPSad-i, tornando-se um só serviço.

A RAPS de São Bernardo não possui nenhum leito em Comunidades Terapêuticas e realiza o papel de fiscalizador desses espaços, juntamente com Ministério Público e o Conselho Regional de Psicologia.

Não possui leitos nos hospitais gerais, maternidades e pediatrias, por entender que o momento da crise deve ser sustentado pelos CAPS na sua hospitalidade integral, com o suporte das UPAs e do Pronto-Socorro Central quando necessário. Manter os leitos nos hospitais seria uma forma de manter uma lógica hospitalocêntrica, médico-centrada. É uma radicalidade dessa RAPS e uma aposta nos serviços territoriais, inclusive nos momentos de crise.

Como citado acima, atualmente são seis RTs¹⁷, apresentadas aqui por ordem de inauguração:

1) Residência Terapêutica Masculina na região central, inaugurada em 24 de novembro de 2009, vinculada ao CAPS Centro, chamada de Casa Artemio Minsk;

2) Residência Terapêutica Feminina na região central, inaugurada em 20 de maio de 2010, vinculada ao CAPS Centro, chamada de Casa das Violetas;

3) Residência Terapêutica Feminina no Jardim Três Marias, inaugurada em 21 de dezembro de 2011, vinculada ao CAPS Centro, chamada de Casa das Estrelas;

4) Residência Terapêutica Masculina na região do Farina/Nova Petrópolis, inaugurada em 27 de janeiro de 2012, vinculada ao CAPS Farina, chamada de Casa da Família;

5) Residência Terapêutica Masculina na região do Farina/Nova Petrópolis, inaugurada em 18 de maio de 2012, vinculada ao CAPS Farina, chamada de Casa dos Amigos;

6) Residência Terapêutica Masculina na região Alvarenga, inaugurada no dia 9 de dezembro de 2013, vinculada ao CAPS Alvarenga, chamada de Casa da Esperança.

¹⁷ Há o projeto de implementação de mais uma RT na região do Sylvina. A última informação obtida antes de fechar esta tese foi que a equipe estava procurando casa para alugar, já teria moradores esperando, principalmente do Hospital Vera Cruz, em Sorocaba, e que iriam tentar inaugurá-la antes da mudança da gestão municipal.

Em 2009, quando o processo de desinstitucionalização dos moradores no Hospital Lacan começou, tinha-se um coordenador de Saúde Mental e uma articuladora para a montagem das RTs em São Bernardo (ela depois virou coordenadora das RTs). Ela tinha experiência em Santo André e Diadema e, quando foi montar as casas/serviços em SBC, entrou em contato pessoalmente com algumas cuidadoras das RTs de Santo André e as convidou para o processo seletivo. Foram aproximadamente 30 pessoas de diversas cidades (Santo André, Diadema, São Paulo, por exemplo) e foram selecionados oito cuidadores para a primeira Residência.

A primeira RT foi chamada de Masculina I (depois Casa Artemio Minsk). Recebeu os primeiros seis moradores saídos do Hospital Lacan. Foi montada *"a toque de cachorro porque os leitos estavam fechando, eles tinham que sair"* (AT, Roda de Conversa sobre a história das RTs em SBC, 2016). Nesse processo de desinstitucionalização houve um período chamado de "Integração", no qual os cuidadores faziam rodas de discussões semanais com a articuladora da RT, para conhecerem os moradores e o trabalho. Eles iam até o hospital e levavam os moradores para o CAPS para um momento de aproximação com as equipes e com a nova forma de cuidado que eles receberiam.

Foi em um desses encontros que um dos moradores saiu do CAPS e nunca mais foi encontrado, abrindo a possibilidade de sair mais um homem do Hospital Lacan. Ou seja, na primeira saída foram sete moradores.

Os cuidadores começaram a montar a RT no início de novembro de 2009 e, no dia 24 de novembro, os moradores se mudaram para lá.

Para mim o que foi particularmente importante foi ver a felicidade dos meninos quando eles chegaram. Cada um foi escolher seu quarto, sua cama, e o que eu acho mais interessante hoje é que três moradores moravam no mesmo apartamento, mesmo quarto no Lacan, e hoje eles continuam no mesmo quarto aqui. Eles não se separam. (AT, Roda de Conversa sobre a história das RTs em SBC)

Mas nem todos conseguiram sair juntos. Um dos moradores da Casa Minsk tinha um relacionamento amoroso com outro interno, mas eles não conseguiram sair na mesma época. O morador que ficou no hospital ficou tão triste que parou de falar. Eles só se

reencontraram 2 anos depois, quando abriu mais uma RT e ele conseguiu sair, mas foi para Casa Minsk ficar junto do seu parceiro.

A felicidade deles, quando eles se viram, foi uma coisa de louco, porque os caras estavam sem se ver há 2 anos e de repente eles se encontram e passam a morar na mesma casa. (AT, Roda de Conversa sobre a história das RTs em SBC)

As profissionais falaram com muita emoção do primeiro dia, uma grande inauguração com vários atores do município presente. Uma emoção que, segundo elas, contagiou a todos os presentes:

Foi emocionante ver os meninos chegando, com aquele monte de gente na casa, era prefeito, coordenador... Eles com aqueles saquinhos com as coisas deles, eles não tinham nada, se comparar com o que eles têm hoje, aquelas roupas carimbadas, com número. A emoção de cada um deles escolhendo sua cama. (AT, Roda de Conversa sobre a história das RTs em SBC)

Para mim foi ver a emoção de todo mundo quando um dos moradores começou a contar a sua história no Lacan. Não tinha um que não chorasse. Ele dizendo assim: "Hoje, graças a Deus, eu estou indo para a minha casa.". (AT, Roda de Conversa sobre a história das RTs em SBC)

Chegar e ver a mesa farta de comida, com frutas, tudo. Chegaram e falaram assim: "Tudo isso aqui é para mim? A gente pode comer?". (AT, Roda de Conversa sobre a história das RTs em SBC)

Eles chegaram e na primeira semana já marcaram de ir para a praia. Um morador, quando viu o mar pela primeira vez, chorou. Ele falava assim: "Eu não sabia que era tão grande!". O outro nadava na areia de tanta felicidade. A emoção deles era muito grande, porque eles ficaram 20, 25 anos internatos por nada. Porque um aqui é epilético, ele não tem nada de psiquiatria, simplesmente ele foi encontrado na rua desmaiado pela GCM [Guarda Civil Metropolitana] e foi internado no Lacan. (AT, Roda de Conversa sobre a história das RTs em SBC)

Na época o salário dos cuidadores era de R\$ 810,00. Eram oito cuidadores divididos em três plantões e se trabalhava todos os dias (das 7 h às 13 h – três cuidadores, das 14 às 21 h – três cuidadores e das 22 h às 7 h – dois cuidadores). Depois foi estipulado que os plantões seriam de 12 horas de trabalho por 36 horas de folga. Somente três cuidadores tinham experiências com saúde mental.

As demais RTs foram inaugurando com o mesmo desenho, mas apenas a Casa das Violetas teve também esse processo de integração, feito pelos cuidadores que já estavam na rede (da Casa Minsk).

Na inauguração da Casa das Violetas, uma moradora saiu antes (por razões que a AT não lembra) e ela passou a primeira noite na casa com apenas uma AT. A moradora não dormiu nada a noite toda e não conseguia conversar nada. No dia seguinte chegaram as demais companheiras e as outras ATs para a festa de inauguração. O que mais marcou as ATs foi o primeiro jantar de todas na mesa:

Para mim, o que mais marcou foi a nossa primeira janta aqui nas Violetas, aqui na mesa. Colocamos os pratos na mesa e elas ficaram só olhando para a comida, sem mexerem em nada, até que uma falou “A gente pode comer?”. E a gente foi percebendo que elas não sabiam se servir, pegar na colher, cortar a carne... Eu fiquei muito impressionada com essa cena. (AT, Roda de Conversa)

Nesses sete anos de RT, a questão com as referências terapêuticas (ou com o CAPS de forma geral) sempre foi um problema, segundo as ATs mais antigas. Os contextos mudavam de acordo com quem assumia a coordenação das casas, que acabava dando o tom do cuidado e da administração.

Sempre foi assim: nós cá e eles lá. (AT, Roda de Conversa sobre a história das RTs em SBC)

Inclusive algumas das pessoas que agora são referências terapêuticas dos moradores, depois dessa mudança, já tinham sido referência antes de alguns dos nossos moradores. Por que eles deixaram de ser eu não sei. O que foi passado para nós é que eles deixariam de ser referência porque passaria a ser apenas uma pessoa do CAPS para todos os moradores, então ela não passou a ser referência de um morador, ela passou a ser referência da casa, a cuidar de todos os moradores. (AT, Roda de Conversa sobre a história das RTs em SBC)

Sempre que eu precisei de alguma referência para resolver alguma coisa, eles estavam aqui. Mas a gente nunca fez nenhum PTS. (AT, Roda de Conversa sobre a história das RTs em SBC)

Quando a atual coordenadora da saúde mental em SBC assumiu, uma das primeiras coisas foi convocar uma assembleia pedindo que as RTs deixassem de ser

chamadas de Masculina I, II... e Feminina I, II... para terem nomes. Votações foram feitas em casa RT e hoje elas são identificadas pelos nomes.

O nome Artemio Minsk foi em homenagem ao morador que faleceu, pois marcou muito os moradores e os trabalhos da época. Sua história foi que, durante uma reunião técnica da casa, ele ouviu uma discussão sobre o recente contato com sua família. A filha, que tinha sido encontrada e se negou a ir ver o pai, pediu para que nunca mais a procurassem. Depois desse dia, ele ficou bastante diferente, chegando a sumir por um tempo da RT, pois *“foi caminhando procurar sua família e se perdeu”* (AT, Roda de Conversa sobre a história das RTs em SBC). Foi encontrado na Santa Casa de São Caetano. Depois desse evento, ele decidiu parar de comer e foi aos poucos ficando mais fraco. *“Ele sofria muito com isso”* (AT, Roda de Conversa sobre a história das RTs em SBC, 2016). Ele tinha uma úlcera na perna e acabou tendo uma trombose, falecendo logo em seguida. A morte deste morador é contada com muita emoção e também com muita raiva da filha, que apareceu no velório procurando o dinheiro do pai.

Olha, para a gente conquistar o carinho desse homem foi muito difícil. Para a gente conseguir um sorriso dele, era muito difícil. Mas teve um dia... eu até hoje não esqueço. Eu pintei o cabelo e ele colocou a mão assim no meu rosto e falou: “Você está tão linda, minha tchula!”. Nossa!... aquilo para mim foi o fim... [emocionada] Foi muito difícil conquistar o carinho dele. Quando a gente conseguiu... Até hoje eu sinto a mão dele... Aí eu quero dizer uma coisa: como a gente não pode ter carinho com uma pessoa dessa? Como você não tem carinho? Não dá! (AT, Roda de Conversa sobre a história das RTs em SBC)

A Casa das Violetas recebeu esse nome porque tinha um jardim na frente da casa cheio de violetas, e uma das moradoras falou isso, que gostava das flores, que tinha que ser um nome alegre e as demais moradoras concordaram.

A Casa das Estrelas foi porque havia morrido uma moradora na casa e as outras sempre falavam que ela tinha tido pro céu, ver as estrelas. Quando a assembleia para decidir o nome aconteceu, alguém lembrou isso e então acharam que combinava com a casa colocar o nome de Estrelas.

A Casa dos Amigos fez uma assembleia para escolher o nome, cada morador falou um nome e depois votaram, sendo escolhida o nome Casa dos Amigos.

A Casa Esperança teve o primeiro movimento de negar escolher o nome, “casas não têm nomes” diziam os moradores. O gerente foi comunicar essa decisão para a coordenadora de saúde mental, que admitiu que eles tinham razão: “a institucionalizada da vez fui eu” (Coordenadora de saúde mental, Entrevista), mas se precisava de um nome, porque tinha que constar no documento do Ministério da Saúde. Então algumas opções foram dadas aos moradores, que por eleição escolheram “Casa da Esperança”¹⁸.

Entre 2012 e 2013 houve um segundo processo seletivo para a RT que seria inaugurada em 2013. Essa seleção não foi muito divulgada entre os cuidadores e tinha alguns diferenciais: a carga horária seria de 40 horas semanais e o salário era maior. Ao saberem disso, os cuidadores se reuniram e fizeram uma comissão para levar a discussão à coordenação, na qual levaram um “Projeto de Mudança Salarial” que ficou em trâmite por meses. O desfecho dessa negociação foi uma padronização do salário em R\$ 2.202,00 (um aumento de quase 270%) e um novo nome na carteira de trabalho: *Acompanhante de Residência Terapêutica*, chamado comumente na rede de AT. Com esse aumento salarial e a mudança do nome, os ATs falam de uma cobrança maior no trabalho, pois se entende que deveriam exercer uma dupla função: cuidadores e acompanhantes terapêuticos (fazendo referência até à sigla com que hoje são chamados).

Eu posso receber milhões pelo que faço, mas nada paga o prazer de trabalhar com os meninos. (AT, Roda de Conversa sobre a história das RTs em SBC)

Foi nesse período que tivemos o primeiro contato com as RTs de São Bernardo, no período de 2013-2014, quando acompanhamos os profissionais do Município de São Bernardo do Campo num Curso de Especialização em Saúde Mental desenhado para o contexto do município. Como dito anteriormente, uma das Ações em Serviços foi a construção de um grupo focal com alguns ATs e moradores para discutirem sobre autonomia. Participei dos dois últimos encontros com a equipe de intervenção, nos quais se discutiam os efeitos e a produção do relatório final sobre a experiência.

¹⁸ Durante o processo final da pesquisa, os profissionais das duas RTs ligadas ao CAPS Farina se afastaram. Muitas mudanças aconteceram nesse CAPS, inclusive de gerência, que podem ter contribuído para isso. Por isso, não conseguimos conversar com os ATs sobre os nomes das casas. A informação sobre a Casa dos Amigos foi fornecida num encontro casual com a antiga coordenadora da casa.

Além da intervenção no território, outro efeito do Curso foi a produção de três Trabalhos Técnicos Orientados com temas da Residência Terapêutica, e dois trabalhos sobre os Acompanhantes Terapêuticos nas Unidades de Acolhimento Transitório. Fazia-se evidente nesse material a necessidade de espaços de discussão sobre o trabalho dos ATs no território¹⁹.

Com esse campo quente e minha inserção entre os profissionais como monitora do Curso, começamos a pensar num projeto de pesquisa que tivesse essa tripla característica: interventiva, fomentasse espaços de discussão sobre as Residências e continuasse a produção de conhecimento iniciada pelos trabalhadores.

Iniciamos então um levantamento de pesquisas-intervenção em saúde mental com essas características que nos fornecessem pistas ético-político-metodológicas para nossa proposta de trabalho, que iremos apresentar na nossa próxima Linha.

¹⁹ Iremos voltar para esse momento da pesquisa quando apresentaremos a coconstrução do projeto de intervenção com o território de São Bernardo (Linha 4).

Linha 2: Sentido da Participação nas Pesquisa-Ação, Intervenção e Cartografia

1. Pesquisas Participativas e suas Diversas Modulações

Pretendemos pontuar, numa perspectiva histórica, como a participação nas pesquisas modulam-se a partir de um posicionamento ético-político nas políticas públicas, principalmente na saúde mental. Não realizamos um extenso levantamento bibliográfico, focamos nas publicações que tinham a participação nas pesquisas como discussão, principalmente na área da saúde mental.

Nas ciências sociais (principalmente depois da experiência de Malinowski no início do século XX), a relação entre teoria e prática é condição fundamental da pesquisa e da intervenção na realidade social. É através da prática que podemos testar o conhecimento teórico vigente e produzir um novo, na medida em que as pesquisas também fazem parte da realidade social. Com esta visão, o pesquisador passa também a ter um compromisso social com o seu campo-tema e, como consequência, uma não neutralidade das pesquisas (DEMO, 1999).

Segundo Spink (2007), a partir de meados da década de setenta do século vinte, os pesquisadores sociais brasileiros uniram o método educacional de Paulo Freire à investigação-ação-participante do sociólogo colombiano Olando Fals Borda e às publicações dos livros organizados por Carlos Brandão sobre Pesquisas Participantes, na direção de produzirem pesquisas que tivessem cada vez mais compromisso com a realidade (SPINK, 2007).

Nessas publicações, Brandão (1999) fez uma linha de construção metodológica que se inicia com o surgimento da *observação participante* com Malinowski, que radicalizou a pesquisa ao "conviver com o *outro* no seu mundo; aprender a sua língua; viver sua vida; pensar através de sua lógica; sentir com ele." (p. 11, grifo do autor). Posteriormente se pensou a *participação na pesquisa* com a ideia de que não é necessário, tomando aqui a ideia do mundo do trabalho como exemplo, que o pesquisador seja operário para conhecê-lo, mas é preciso a presença dele para que o conhecimento seja produzido, assim como o relato de outros observadores, mesmo quando não cientistas, a leitura de documentos, a aplicação de questionários e a observação da vida e do trabalho.

Mas o limite desses métodos se coloca quando o *outro*, como sujeito vivo, torna-se

(...) companheiro de um compromisso cuja trajetória, traduzida em trabalho político e luta popular, obriga o pesquisador a repensar não só a posição de sua pesquisa, mas também a de sua própria pessoa. (...) Está inventada a *pesquisa participante*. Não porque – como querem tantos, tantas vezes – uma fração obediente de sujeitos populares participa subalternamente da pesquisa do pesquisador, mas porque uma pesquisa coletiva participa organicamente de momentos do trabalho de classe, quando ela precisa se reconhecer no conhecimento da ciência. (BRANDÃO, 1999, p. 13)

A pesquisa estava colocada como ação, pesquisa-ação, como ficou conhecida. É entendida como uma ação que visa à mudança na realidade com uma participação social efetiva. A crítica está centrada no agir, através de uma metodologia exploratória, tendo seus objetivos definidos no campo de atuação pelo pesquisador e pelos participantes. Seus resultados estão vinculados à tomada de consciência e à participação coletiva para a mudança da ordem social (ROCHA, AGUIAR, 2003). Em síntese, podemos dizer que o sentido da participação expressa aí "(...) o compromisso político da Psicologia latino-americana com a transformação social, numa situação pautada pela desigualdade e exclusão de grandes parcelas de população do acesso a bens e serviços." (SPINK, 2007, p. 9).

Na América Latina, as pesquisas associadas a esta perspectiva estão ligadas a uma visão emancipatória da população (tanto no meio rural quanto urbano). O enfoque está na ação da pesquisa e na relação pesquisador/pesquisado, no sentido de estabelecer a confiança e outras condições favoráveis a uma melhor captação de informação. Por isso, pesquisas com enfoque na ação tiveram muita entrada no continente, por produzirem novas formas de conhecimento social e novos relacionamentos entre pesquisadores e pesquisados, além de novos relacionamentos de ambos com o saber (THIOLLENT, 1999).

(...) quando a realidade de um número importante de sociedades latino-americanas se caracterizava pela presença de regimes autoritários e modelos de desenvolvimento manifestamente excludentes, no aspecto político, e concentradores, no aspecto econômico. As tendências

democratizantes e participativas próprias dos estilos modernizantes e integradores dos anos sessenta, que defendiam a incorporação de amplos setores da população à vida social e política, cederam lugar às exigências impostas por uma reestruturação autoritária que, reduzindo as margens da heterogeneidade, substituíram as fronteiras difusas do populismo por classes de perfil mais definido. (GARJADO, 1999, p. 39-40).

O encontro entre pesquisas-ação e a Análise Institucional Socioanalítica provocou no Brasil a inserção da ideia de intervenção nas pesquisas, não como uma substituição da ação, mas para produzir uma outra relação entre teoria e prática, sujeito e objeto (PASSOS, BARROS, 2000).

A Análise Institucional se forja pela necessidade de abertura dos problemas da vida cotidiana nas instituições, na direção de uma micropolítica (GUATTARI, 1981). O termo "Análise Institucional" foi criado por Guattari para nomear uma tendência teórica e prática na década de 60, na França. "Questionava-se todas as formas de existência, inclusive a do pesquisador. Fazia-se necessária a construção de uma ponte conceitual entre os universos heterogêneos das ciências humanas para captar o movimento de produção da realidade (...)" (Nota de rodapé do tradutor de Guattari, 1981, p. 68).

Mas foi René Lourau um dos principais autores da produção teórico-metodológica dessa abordagem. Sua proposta modificou como se entende as intervenções nas escolas, fábricas, empresas etc., com um olhar para as instituições que atravessavam esses estabelecimentos e a inclusão dos sujeitos (inclusive o analista) e suas implicações nos processos de análise. Hoje utilizamos essa abordagem para as pesquisas também, principalmente aquelas que têm aspectos intervencionistas. Lourau lançou a noção de implicação, que quebrou o paradigma da neutralidade científica e problematizou os processos de institucionalização, tomados agora como processos de construção histórica e a partir do jogo de forças entre o instituinte e instituído.

Trata-se da prática de se interrogar sobre a forma como operamos no processo de pesquisa-intervenção, modalidade de pesquisa na qual o pesquisador e pesquisado se constituem ao longo da pesquisa, em um complexo movimento de constante criação. (NASCIMENTO; TEDESCO, 2013, 598)

Para a Análise Institucional, a intervenção é entendida como o processo de questionamento dos processos de institucionalização, trata-se de produzir “evidências que visibilizassem o jogo de interesses e de poder encontrados no campo de investigação” (PASSOS, BARROS, 2000, p. 73). Portanto, busca-se o desmanche dos territórios constituídos e cristalizados (o instituído) para a criação de outras instituições (o instituinte). A noção de instituição aqui será modificada e não estará mais diretamente identificada ao estabelecimento, mas ao processo de produção constante de modos de legitimação das práticas sociais (*idem*).

Lourau (1993) irá desenvolver um método de intervenção e pesquisa no qual parte-se de uma não neutralidade, no qual o socioanalista (ou pesquisador) sempre estará implicado naquilo em que intervém, esta é a radicalidade da Análise Institucional perante as metodologias do período (década de 60 na França). A análise das implicações passa a ser parte fundamental da intervenção. Nas aulas sobre AI realizadas na UERJ, ele a apresentou a partir das suas contradições: a primeira seria a multirreferencialidade que, por um lado, abre maiores possibilidades de intervenções e evita o dogmatismo e, por outro lado, segundo Lourau, ela passa a ser acusada de um ecletismo pelos socialistas e psicanalistas mais tradicionais (*idem*).

O segundo nível de contradição existe no conceito de instituição, pois ele deixa de ser algo diretamente relacionado a um lugar, a um estabelecimento, e passa a se constituir dentro de uma lógica histórica e temporal. O que leva à terceira contradição, que é o conceito de institucionalização, que diz sobre o movimento entre instituído e instituinte, em luta permanente, em constante contradição e com forças de autodissolução (LOURAU, 1993).

A Análise Institucional lançará a noção de analisadores (LOURAU, 1993; 2004b; 2004c), que seriam os acontecimentos que produzem rupturas, catalisam fluxos, produzem análise dentro das múltiplas relações que compõem o campo-tema. Desta forma, uma pesquisa-intervenção passa a ser entendida como uma ação transformadora que visa produzir ou identificar possíveis analisadores (acontecimentos), por condensarem questões políticas, afetivas e conflitivas do coletivo, trazendo à tona dimensões do cotidiano (BARROS, 2007). Assim, os acontecimentos nos colocam numa exigência de espontaneidade e de criação, pois é a partir da desestabilização que eles

provocam que se possibilita a constituição de outros modos de vida (ZAMBONI *et al.*, 2014).

Ideia de um “vir entre”, “interpor-se”. Pesquisador e pesquisado fazem parte do mesmo processo. Por isso, é importante a permanente análise do impacto que a produção da pesquisa tem sobre a história do pesquisador e sobre o sistema de poder que legitima o instituído, incluindo o próprio lugar de saber e o estatuto de poder do pesquisador (PAULON, 2005).

Para Rocha e Aguiar (2003), os aspectos que vêm norteando o desenvolvimento da pesquisa-intervenção são:

(...) mudanças de parâmetros de investigação no que tange à neutralidade e à objetividade do pesquisador, acentuando-se o vínculo entre gênese teórica e social, assim como a produção concomitante do sujeito e do objeto, questionamento dos especialismos instituídos, ampliando as análises do nível psicológico ao microsocial (...), ênfase na análise de implicação, acentuando-se que, para além dos vínculos afetivos, profissionais ou políticos, a análise se realiza com as instituições que atravessam o processo de formação. (p. 71)

A Análise Institucional e a Filosofia da Diferença serão um referencial para a construção desse modo de pesquisar (PAULON, 2005). Como já dito, a intervenção passa a ser entendida como a criação ou a identificação de dispositivos analisadores que favoreçam a produção de acontecimentos. Teremos então o campo de intervenção, que dirá respeito ao tempo-espço vivenciado pelos participantes, e o campo de análise, que vai modificando o campo empírico e se modificando também ao longo do processo (LOURAU, 2004b).

Para o campo das metodologias de pesquisa, concordamos com Passos e Barros (2009) de que toda pesquisa está ancorada na experiência que agencia sujeito, objeto, teoria e prática num mesmo plano de produção. A experiência de pesquisar é entendida como um saber-fazer, ou seja, um saber que vem e emerge do fazer (*idem*).

Conhecer envolve um reposicionamento subjetivo, invenção de novas perspectivas. Portanto é fundamental deixa-se afetar pela experiência da construção do conhecimento. É nesse sentido que a subjetividade do pesquisador é tomada como

importante e que também passa a ser analisada em suas implicações, em sua relação com as intensidades que a intervenção vai lhe afetando (NASCIMENTO, TEDESCO, 2013).

Segundo Nascimento e Tedesco (2013), Guattari e Rolnik em 1986 (2005) inauguram um jeito diferente de se pensar a análise das instituições, na qual ao político também se inclui a análise da produção da subjetividade. Intitulados como estudos da subjetividade, esse domínio de investigação, que se realiza através da abordagem cartográfica, estende-se tanto para as atividades de produção de conhecimento quanto para práticas clínicas.

Aqui podemos posicionar a *cartografia* como um “(...) método de pesquisa-intervenção, que a atenção do cartógrafo deve estar aberta ao plano de forças, deve acompanhar processos e operar sobre um coletivo de forças situado no plano ontológico.” (KASTRUP, PASSOS, 2014, p. 16-17).

Para Passos, Kastrup e Tedesco (2014), a pesquisa cartográfica foi muitas vezes assimilada ao conjunto das pesquisas participativas, mas os autores chamam a atenção para a complexidade do que aí se chama de *participação*, pois não se cumpre apenas ao "dar a voz" a subjetividades coletivas. "A produção de um engajamento dos participantes, sua condição de atores e protagonistas de uma pesquisa, requer uma ética do cuidado e atitudes que beiram a clínica." (PASSOS; KASTRUP; TEDESCO, 2014, p. 10).

Segundo Kastrup e Passos (2014), a pesquisa cartográfica se propõe a fazer aparecer o coletivo, que remete ao plano ontológico, como experiência do comum e, dessa maneira, ela sempre será uma pesquisa-intervenção com direção participativa e inclusiva, pois potencializa saberes até então excluídos, mas também garante a legitimidade e a importância da perspectiva do objeto.

Ao se articularem em um dispositivo de pesquisa, os participantes geram um reposicionamento de fronteiras. Tal articulação é, simultaneamente, a participação na pesquisa e a descrição desse reposicionamento. Ou seja, articular-se é participar ativamente na produção de conhecimento: a pesquisa é tanto mais articulada quanto mais participativa. (BARROS; BARROS, 2014, p. 187-188)

A cartografia aposta na construção coletiva do conhecimento por meio de uma combinação: acessar e, ao mesmo tempo, construir um plano comum entre pesquisadores e pesquisados (KASTRUP; PASSOS, 2014).

A pesquisa passa a ser então uma ação criadora de mundos e de sujeitos. Não se tem a postura de desvelar algo da realidade, mas sim de construir a investigação ao longo do processo. Duas ações ocorrem em paralelo: tomar o processo da pesquisa como o fenômeno a ser investigado e analisar o próprio pesquisador também (BARROS; SILVA, 2014). Posicionamento já colocado pela Análise Institucional, quando falávamos de *análise de implicação*, por entender que a pesquisa afeta o pesquisador e o campo-tema, e vice-versa.

A precisão deste método não se dá pela exatidão no sentido de representar de forma fidedigna uma realidade. Ela “está mais próxima dos movimentos da vida ou da normalidade do vivo” (PASSOS, KASTRUP, TEDESCO, 2009) e é tomada com compromisso e interesse para a intervenção. O que se privilegia é o acompanhamento das linhas de forças que compõem uma experiência, privilegiando-se não um estado de coisas, mas principalmente o que está em vias de acontecer.

Essa maneira de pesquisar nos convoca a habitar o plano da experimentação, no plano coletivo, no qual pensar, pesquisar e viver não se dissociam. Por isso, o diálogo entre pesquisador e campo-tema precisa ter estratégias compartilhadas no coletivo (BARROS, SILVA, 2014).

Para cartografia, o método não se define por metas traçadas anteriormente, tampouco se delimita a partir desta ou daquela ferramenta de pesquisa, mas sobretudo por um caminho e uma direção ético-política. Possibilita que no pesquisar os instrumentos sejam forjados, (re)situando-os sempre a partir do plano de relações que produz a pesquisa, não a partir de si mesmos. (CESAR, *et al.*, 2014, p. 155)

A produção de conhecimento, que vai se constituindo ao longo da pesquisa, reconhece cada vez mais o processo de produção de realidade. O que move sua análise são os problemas que por ela são levantados. "Analisar é, assim, um procedimento de multiplicações de sentidos e inaugurador de novos problemas" (BARROS, BARROS, 2014, p. 178). Ou seja, dar visibilidade às relações que constituem uma dada realidade na

qual o pesquisador se encontra enredado. A análise da pesquisa deve nos informar sobre os efeitos produzidos e quais articulações foram engendradas (*idem*).

Os efeitos da pesquisa vão se apresentando ao longo do processo, nesse fazer cartográfico que se compõe de virtualidade, acontecimentos e singularidades do campo (BARROS, SILVA, 2014), que vão agenciando novas experimentações de acordo com o que faz sentido.

Vale destacar também que no método cartográfico não há distinção entre fases de coleta e análise de dados. Estes são produzidos e analisados concomitantemente, pois a partir deles que vão se produzindo novos caminhos. Por isso, não se espera tecer uma explicação para os acontecimentos, ao contrário, procura-se "reencontrar as conexões, os encontros, os apoios, os bloqueios, os jogos de força etc. que, em um dado momento, formaram o que, em seguida, funcionará como evidência, universalidade, necessidade." (BARROS, BARROS, 2014, p. 196).

Muitas das reflexões metodológicas provocadas pela cartografia também aparecerem nas pesquisas conhecidas como Pesquisas Participativas, nas quais nos inspiramos para realizar o desenho da nossa intervenção.

2. Pistas Ético-Político-Metodológicas a partir de Experiências com Pesquisas Participativas em Saúde Mental

Importante iniciarmos essa discussão pontuando o que entendemos por pistas ético-político-metodológicas. Usamos o termo “pistas” inspirados nas publicações sobre o método cartográfico (PASSOS, KASTRUP, ESCÓSSIA, 2009; PASSOS, KASTRUP, TEDESCO, 2014), nas quais os autores falam que, na medida em que a postura ética do cartógrafo é acompanhar os movimentos do campo, e não protocolos, regras ou estruturas rígidas para a construção do campo de pesquisa, a noção de “pistas” nos aponta mais para indicadores ou possibilidades de atuação como pesquisadores.

As pistas que guiam o cartógrafo são como referências que concorrem para a manutenção de uma atitude ao que vai se produzindo e de calibragem do caminhar no próprio percurso da pesquisa – o *hódos-metá* da pesquisa. (PASSOS, BARROS, ESCÓSSIA, 2009, p. 11)

O termo “ético” porque tomamos a defesa da vida como um dos eixos das nossas ações; o “político” por entendermos que é na relação com o outro, nas relações sociais que estabelecemos o encontro de saberes e, portanto, também de poder. Desta forma, é importante estarmos atentos aos modos com que operam as relações de poder provocados pela nossa pesquisa. E “metodológicas” porque são experimentações empíricas que nos apontam direções de como caminhar com a pesquisa numa direção mais participativa possível.

Tendo isso em mente, abriremos a apresentação das pistas com a pontuação de Onocko-Campos e Furtado (2006), na qual o Ministério da Saúde, em 2006, considerava o debate científico e a produção de conhecimento relativo ao tema da saúde mental bastante incipientes na graduação e na pós-graduação. Essa avaliação vem mudando ao longo dos anos, com um número crescente de pesquisas qualitativas no âmbito da saúde pública e principalmente na saúde mental. Nestes últimos anos alguns núcleos de pesquisa têm apostado na participação dos sujeitos no desenho e na produção final de seus trabalhos²⁰.

Esta metodologia nos interessa na medida em que ela está em consonância com a aposta democratizante do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como um dos seus princípios a importância da participação da comunidade. Portanto, entendemos que a participação dos sujeitos no processo de planejamento e realização da pesquisa em que se encontram implicados pode ser um modo de garantir o protagonismo no processo de produção de conhecimento. Consideramos que este diálogo pode promover a construção de coletivos, tornando-se possível uma produção de conhecimento calcada no encontro entre os saberes científico, prático e experiencial (PASSOS *et al.*, 2013a).

Nesse sentido, as pesquisas participativas e colaborativas possuem a capacidade de reunir os saberes e competências dos diferentes atores, contribuindo para maior coerência entre os valores da pesquisa e da comunidade e oferecendo, desta forma, possibilidades de potencialização da capacidade de ambos. No campo da Saúde Mental, os saberes que emergem dos processos de parcerias podem facilitar a

²⁰ São grupos na Universidade de Campinas (UNICAMP – Departamento de Saúde Coletiva), Universidade Federal Fluminense (UFF – Instituto de Psicologia), Universidade Federal de São Paulo – Baixada Santista (UNIFESP – Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional), Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva), entre outras.

adoção e a incorporação de novas abordagens, avançando em relação ao hiato entre os resultados das pesquisas clínicas e as práticas implantadas nos serviços. (PASSOS *et al.*, 2013b, p. 2921)

Interessa-nos destacar como pista para nossa pesquisa o Método da Tríplice Inclusão, no qual (1) colocam-se lado a lado os *diferentes sujeitos* implicados na produção de conhecimento, (2) incluem-se os efeitos críticos ou os *analísadores* da pesquisa que emergem desta lateralidade, e (3) a pesquisa se efetiva como participativa a partir dos *movimentos coletivos*, na medida em que se produz uma experiência coletiva, com diferentes sujeitos em uma experiência de grupalidade (PASSOS *et al.*, 2013a).

Não se propõe a homogeneização dos participantes. Usuários, familiares e/ou trabalhadores, ao lado dos pesquisadores, mantêm-se a diferença de inserção de cada um no contexto de investigação. É a heterogeneidade e a riqueza de olhares que buscamos. Somos todos participantes nesse sentido. Aqui nos apoiamos também no conceito de transversalidade proposto por Guattari (2004), como um coeficiente que fala dos graus de abertura comunicacional entre os eixos vertical (hierarquização) e horizontal (corporativo) do grupo. Possibilitando também a análise das instituições em que estamos envolvidos e seus dispositivos.

A mudança para participante, e não mais sujeito (anônimo) de pesquisa, não é gratuita. Ela propõe que o dispositivo com o qual trabalhamos abra espaço para que se possa indicar quais as questões importantes que serão colocadas, podendo, então, assumir um lugar de coautoria na produção de conhecimento (Sade *et al.*, 2014).

Por isso a questão da confiança entre os participantes é fundamental. Ela está como meio e fim da pesquisa. "Meio porque ela responde pelo engajamento com base em uma experiência compartilhada, e fim porque esse engajamento ganha sentido ampliando a potência de criação coletiva de territórios existenciais." (SADE *et al.*, 2014, p. 89). Busca-se também a afirmação de uma prática de pesquisa, de intervenção e de formação, na qual singular e coletivo, sujeito e objeto não se apresentam como opostos, mas como "instâncias necessariamente articuladas que se coengendram umas em relação às outras" (PASSOS *et al.*, 2013a, p. 11).

O caráter de intervenção nesta metodologia é evidente, pois o processo de produção de conhecimento torna-se inseparável do processo de transformação da

realidade investigada. Essa noção não é nova. A inclusão dos participantes na pesquisa assumindo posição ao lado do pesquisador, alterando a maneira de organizar os procedimentos (PASSOS *et al.*, 2013b), é sua principal diferença entre outras modalidades. Passa-se de uma pesquisa SOBRE para uma pesquisa COM os participantes, e, se incluirmos a metodologia psicodramatista nesse posicionamento²¹, é também um pesquisar ENTRE os participantes, pois o pesquisador/diretor, como integrante do grupo, também está na produção do ato, entre as cenas, entre os personagens, entre os temas e assim por diante. Potencializando "os saberes até então excluídos, garantindo a legitimidade e a importância do conhecimento produzido por trabalhadores e usuários no cotidiano dos serviços da rede de saúde mental, além de afirmar a dimensão coletiva dessa produção." (ALVAREZ *et al.*, 2013, p. 302).

Nesse sentido, não se coleta o material do campo-tema, pois não está dado, ele é produzido na relação. É por isso que Campos (2011) pontua que pesquisas que adotam essa metodologia não são repetíveis como numa tradição acadêmica, mas elas dão pistas sobre as condições que fizeram possível a produção do material publicado. A publicação dessas pistas faz parte da postura ético-política do papel de pesquisador e educador.

A partir desse raciocínio, apresentamos aqui algumas das pesquisas realizadas por alguns núcleos de pesquisa brasileiros a que nos referimos no início deste item. Selecionamos pesquisas cuja metodologia fosse participativa na área da saúde mental. Aqui destacamos pistas metodológicas que nos interessam para nossa experimentação, que poderão ser mais trabalhadas à medida que o campo empírico for produzindo dados que se articulem com estas referências.

Passos *et al.* (2013b) escreve sobre a gestão compartilhada do cuidado, com pesquisas que propõem um aumento da autonomia dos usuários de saúde mental a partir do Comitê Cidadão e da construção da Gestão Autônoma de Medicação²².

Esses dois trabalhos consideram a noção de empoderamento (*empowerment*) como um dos norteadores da pesquisa. Trata-se do aumento do poder e autonomia pessoal e coletiva dos indivíduos e grupos sociais que foram historicamente submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social.

²¹ Utilizaremos o Psicodrama também como uma abordagem teórico-metodológica desta pesquisa. Falaremos mais detalhadamente sobre ele na Linha 3.

²² Para mais informações ver: http://media.wix.com/ugd/7ba6db_8582e3a33dca40618c89bf9c9a359127.pdf

A construção de uma autonomia coletiva não se reduz à explicação das diferenças e à criação de consensos, implica em uma negociação entre saberes e visões de mundo dos participantes (usuários, familiares, profissionais e/ou pesquisadores). A condução dos grupos se fez na direção da emergência de uma grupalidade, da tomada de voz de todos os participantes e do manejo das intervenções dos trabalhadores presentes no grupo (SILVEIRA, 2013).

Quanto mais nos conhecíamos, confiávamos uns nos outros, mais espaços entre nós se abriam. Quanto mais formas de participação eram forjadas, mais próximos nos sentíamos (acadêmicos, usuários, trabalhadores). A dimensão participativa da pesquisa crescia a cada novo encontro, e nos surpreendíamos com a vitalidade com a qual os usuários passaram a discutir nas reuniões, lado a lado com acadêmicos e trabalhadores, sobre as conquistas e os problemas da pesquisa. Nascia, no exercício de fazer uma pesquisa juntos, um modo de pesquisarCOM. (SILVEIRA, 2013, p. 29).

Acreditamos que para nossa proposta a questão do empoderamento que essas pesquisas mostram é muito relevante, pois apostamos num trabalho de produção de conhecimento coletivo diretamente articulado com a práxis cotidiana e que processos de empoderamento nos participantes são disparados.

Entende-se empoderamento (*empowerment*) como a possibilidade das pessoas ou de coletivos desenvolverem competências para participar da vida em sociedade, que podem incluir habilidades, mas também um pensamento reflexivo que qualifique uma ação popular (CARVALHO, 2004). Seria o fortalecimento do poder, participação e organização das pessoas.

A noção de empoderamento carrega diferentes sentidos, mas está sempre articulada à criação de estratégias de potencialização da força e da autonomia das pessoas e/ou coletivos (VASCONCELOS, 2003 *apud* ALMEIDA *et al.*, 2010).

No caso dos Comitês criados a partir das pesquisas (Comitê Cidadão e Comitê de Pesquisa), estes garantiam não só a inclusão dos diversos grupos de interesse, mas também uma melhor (e maior) utilização dos resultados dos trabalhos. Com isso, mostrou-se possível a adaptação das propostas de pesquisas às realidades locais e às questões dos grupos de interesses (FURTADO *et al.*, 2013).

Há um outro núcleo de pesquisa participativa que desenvolve projetos com avaliações de serviços de saúde mental (FURTADO *et al.*, 2013; ONOCKO-CAMPOS, FURTADO, 2006) e com narrativas de usuários (CAMPOS, 2011).

Esses autores relatam que o processo participativo foi gradativo, pois é preciso ter em mente que numa pesquisa parte-se de uma proposta que tem seus componentes formais e acadêmicos, como prazos, por exemplo, para uma proposta de experimentação e produção coletiva, quando normalmente não possuem o mesmo tempo de acontecimento (FURTADO, CAMPOS, 2008).

Para Furtado e Campos (2008) realizar uma avaliação com caráter participativo tem também um caráter emancipatório. O desenho construído em grupos de trabalho para a construção dos itens da avaliação dos serviços de saúde mental demonstrou um aumento no empoderamento dos participantes, "dotando-os de capacidade – tanto na forma quanto do conteúdo do estudo desenvolvido – e aumentando sua capacidade de intervenção na realidade cotidiana." (FURTADO, CAMPOS, 2008, p. 2673).

Para este último, a construção narrativa é entendida como uma estratégia de tornar denso o material, mantendo-se fiel à história que se conta, mas não necessariamente numa sequência temporal e reproduzindo as formas lexicais do grupo. Organizou-se o material pelos núcleos argumentais que vão se encadeando à medida que uma história se deixa seguir. Depois essas histórias são validadas pelo grupo que participou da sua construção (CAMPOS, 2011).

Essas narrativas são consideradas pelo grupo de pesquisa como um processo de mediação entre o vivido e a possibilidade de inscrever os usuários no social, levando em consideração a experiência subjetiva em um campo político (CAMPOS, 2011).

Esta forma de produção foge do tradicional "*furor interpretandis*", no qual o pesquisador "desvela" o real significado das falas dos entrevistados. O trabalho de interpretação dos dados é compartilhado com os próprios sujeitos da pesquisa. Para isso não basta apenas fragmentar os trechos de falas transcritas, precisa-se de uma organização do material que traga à tona o enredo, a história gerada pelos debates no grupo. Por isso é que essas narrativas não se resumem em entrevista, mas abrangem todo o processo vivido pelos participantes.

Tomamos essas experimentações como pistas para a construção da nossa intervenção, que será apresentada na Linha 4.

3. Acompanhando uma Pesquisa Participativa: UNIFESP – Baixada Santista

De dezembro de 2014 a junho de 2015 acompanhei um grupo na UNIFESP – Baixada Santista que discutiu sobre a Rede de Saúde Mental em Santos, com a participação de alunos da universidade, usuários, familiares e funcionários da RAPS/RAS Santos, coordenado pela Profa. Maria Inês Badaró.

A primeira fase do grupo (2º semestre de 2014) fazia parte do pós-doutorado da mesma professora, que utilizou a Metodologia Participativa para criar coletivamente um desenho e disparar a discussão sobre a Rede de Saúde Mental. O grupo aconteceu semanalmente e ao longo dos encontros a participação dos usuários foi se intensificando e definindo os caminhos da pesquisa (BADARÓ-MOREIRA, ONOCKO-CAMPOS, 2015).

O objetivo principal desse estudo foi trazer a análise do usuário da rede de Santos e os desafios enfrentados por eles no cotidiano. Eram duas as formas previstas da participação dos usuários: o levantamento e produção de informações sobre a temática central do estudo (redes psicossociais e ações de saúde mental na atenção básica) e produção de novos conhecimentos e formação dos participantes quanto às diferentes temáticas tratadas na pesquisa (BADARÓ-MOREIRA, ONOCKO-CAMPOS, 2015).

O grupo iniciava a discussão com a instrução: "Fala Aí" sobre o tema do dia. Assim, os participantes iam falando a partir das suas experiências e o que eles conheciam sobre os temas como Reforma Psiquiátrica, NAPS²³, acolhimento, moradia, família, trabalho, participação da universidade nos serviços (como estágios).

Ao fim do semestre foram vários os efeitos: os usuários trouxeram novos objetos de estudo para que o grupo continuasse pesquisando, desenharam-se linhas de ações dos usuários nas diferentes frentes de formação universitária (ensino, extensão e pesquisa), discutiu-se sobre a produção de conhecimento gerado neste grupo e, para além dos produtos acadêmicos que a pesquisa produziu, definiu-se uma publicação em uma

²³ Santos foi a primeira cidade a construir uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico. Esses serviços eram chamados de Núcleo de Atenção Psicossocial (NASP). O seu funcionamento era o mesmo do que hoje chamamos de CAPS. Essa denominação não é mais utilizada desde 2015, quando passaram a ser identificados como CAPS.

linguagem mais acessível para que todos pudessem falar dos dados produzidos (BADARÓ-MOREIRA, ONOCKO-CAMPOS, 2015).

Continuei participando no primeiro semestre de 2015 no Projeto de Extensão produzido a partir desses efeitos citados acima. Chamado de "Trajetórias", contou com a participação dos usuários para a formulação dos temas que eram discutidos quinzenalmente. Os participantes formulavam uma questão, as alunas da extensão pesquisavam o assunto com a bibliografia existente e apresentavam no encontro seguinte. O conhecimento levantado associava-se à experiência vivida dos usuários e novas formulações sobre os temas eram construídas. A cada encontro essa produção coletiva era compartilhada e debatida, encadeando novas discussões (BADARÓ-MOREIRA, 2014).

Para o primeiro semestre de 2015 foi planejada a discussão que perpassava por três grandes temas: acolhimento, projeto terapêutico singular (PTS) e reabilitação psicossocial. Definiu-se que estes seriam os principais temas para discutir sobre o cuidado em saúde mental.

O efeito direto, visível a cada encontro, era o quanto os participantes, principalmente os usuários, iam se apropriando dos temas e questionando situações que pareciam óbvias para o cotidiano dos serviços da rede. O momento da discussão sobre os PTS ficou marcado pela surpresa de alguns da existência de um projeto para seu cuidado. Para eles, essa atenção mais "individual" estava muito associada às referências técnicas²⁴ nos serviços. Essa novidade desencadeou uma "pesquisa" sobre seus próprios PTS com as suas referências.

Outro efeito interessante observado foi que a ida à universidade e não a um serviço de saúde provocou uma "volta aos estudos" para alguns participantes, compartilhada a cada encontro. A universidade se colocando como um espaço aberto onde se pode questionar, perguntar, aprender e criar sem o medo de estar fazendo algo errado. A noção de que ali era um espaço de criação coletiva estava bem incorporada pelos participantes.

Na segunda fase do projeto (a qual infelizmente não consegui mais acompanhar) os usuários participaram de aulas na disciplina de saúde mental na UNIFESP – Baixada

²⁴ Em Santos, referências técnicas são os profissionais do CAPS que referenciam o cuidado do usuário. Em São Bernardo do Campo, esses profissionais são chamados de referências terapêuticas.

Santista, onde o conteúdo das aulas incluía o material produzido ao longo desse ano de trabalho com os usuários, familiares e profissionais que participaram dos projetos. O Projeto encerrou em dezembro de 2015.

Estas pesquisas nos inspiraram muito para construir uma proposta de escrever COM os profissionais de saúde mental, apoiando o movimento de reflexão e crítica produzido no grupo, provocando questionamentos. Trata-se de aproveitar o lugar de "pesquisadora" para apoiar um movimento de reflexão, intervenção e produção de conhecimento com os profissionais da Saúde Mental.

Linha 3: Pesquisa Participativa e Psicodrama: pistas teórico-metodológicas

Nossa proposta aqui é apresentar o Psicodrama e suas ferramentas que nos apoiaram na produção desta tese. Iniciaremos com uma breve trajetória do criador do Psicodrama, J. L. Moreno, mostrando como ele foi construindo sua abordagem através de experiências teatrais bastante ousadas, depois com grupos ligados às questões sociais, até a institucionalização do Psicodrama como conhecimento científico. Em seguida, apresentaremos brevemente os conceitos básicos do Psicodrama clássico, para facilitar o entendimento daqueles que não são familiarizados com essa abordagem grupal. Faremos também articulações entre o Psicodrama e as pesquisas interventivas, desenvolvendo mais adiante os conceitos de espontaneidade e criatividade, teoria dos papéis e contextos, pois, através destes, podemos nos aproximar mais dos aportes conceituais da Análise Institucional. Fecharemos com algumas indicações das ferramentas que utilizamos para a construção do nosso Dispositivo Grupal e o porquê da escolha da Multiplicação Dramática (e não um Psicodrama clássico) como elemento de intervenção no nosso Grupo para a produção de conhecimento sobre as ferramentas da reabilitação psicossocial nas RTs.

1. Moreno: Psicodrama e sua visão de homem

A teoria de Jacob Levy Moreno (1889-1974) propõe uma revolução criadora, uma busca incessante pelo potencial espontâneo e criativo do homem. A Teoria Socionômica abarca toda a produção moreniana e tem como disciplinas a Sociodinâmica (dinâmica de grupo), Sociometria (medição das relações entre as pessoas) e Sociatria (terapêutica das relações sociais). Esta última é composta pelas matérias Psicoterapia de Grupo, Sociodrama e Psicodrama. Apesar dessa divisão didática, faremos aqui a opção de chamarmos de forma genérica de Psicodrama todo o trabalho realizado nessa abordagem (MIYAHARA, 2011; FILIPINI, 2013).

Moreno nasceu em 1889 em Budapeste, Romênia. Foi com sua família para Viena (Áustria) com poucos anos de idade e lá graduou-se em medicina em 1917. Possuía uma visão de grupo-ação que já se mostrava na atividade que desenvolveu com crianças entre 1909 e 1911 nos parques da cidade. As improvisações e os jogos ali realizados tinham o propósito de descobrirem juntos possíveis saídas na relação com o mundo adulto,

diferente das convencionais. Entre os anos de 1913 e 1917 participou de uma experiência de reabilitação com prostitutas e de outra na assistência a refugiados de guerra. Considera-se que, em ambas as atividades, ele valorizou a ação terapêutica dos relacionamentos grupais (ROMAÑA, 1992). Para Zamboni *et al.* (2014) é com essa valorização que a proposta de Moreno começa a entrar em conflito: ou se investia na diversidade da problemática social, onde quer que ela aparecesse, ou a isolava num meio ideal, em função de uma “cura” terapêutica.

A partir de 1921 Moreno começou a praticar uma forma particular de teatro, chamado de Teatro da Espontaneidade, que passará a ser uma das maiores contribuições prática e ideológica. O Teatro da Espontaneidade deu lugar ao Jornal Vivo e ao Teatro Terapêutico (1923), numa sequência que levaria ao Psicodrama (ROMAÑA, 1992).

Esse processo de institucionalização das suas atividades se intensificou com a sua imigração aos Estados Unidos da América em 1925. Radicou-se em Nova Iorque, onde ele construiu o instrumental teórico e técnico de sua obra. Sua primeira apresentação foi em 1928 e gradativamente ele foi saindo dos movimentos sociais e deslocando seu trabalho com seus dispositivos grupais para uma psicoterapia psicodramática (ROMAÑA, 1992; ZAMBONI *et al.*, 2014).

Nesse mesmo período, as primeiras experiências de grupo de K. Lewin, E. Mayi estavam também acontecendo, inaugurando-se assim uma modalidade que abriria espaço para diversas formas de intervenções institucionais com grupos, tornando-as visíveis a partir de dispositivos técnicos que permitiram demonstrar e observar as condutas de grupo. “Nesse sentido, ao instituir dispositivos grupais, a microssociologia localizou um dos nascimentos do grupal. Antes dela, os grupos estavam ali, numa imediatez tal que não podiam ser vistos.” (FERNANDEZ, 2006, p. 90).

Abriu o hospital *Beacon Hill Sanatorium*, em 1936, onde criou uma proposta de trabalho muito próxima ao que hoje conhecemos como Comunidades Terapêuticas em Saúde Mental. Nesse período, dedicava-se à implementação do Psicodrama como abordagem psicoterapêutica, atendendo psicóticos e casais, sempre privilegiando a participação de familiares, da equipe de profissionais e da comunidade. Com este trabalho e suas publicações, o Psicodrama se tornou, na primeira metade do século XX, uma das maiores contribuições para a psiquiatria. Em *Beacon* fundou também o *Moreno*

Institute, na década de 40, espaço de formação dos psicodramatistas centrado na prática. Até o fim da sua vida, investiu profissionalmente em pesquisar a força do grupo e do coletivo como agentes de mudança pessoal e social (ROMAÑA, 1992; MIYAHARA, 2011).

Para Moreno (1978), o Psicodrama é definido como “a ciência que explora a ‘verdade’ por métodos dramáticos” (p. 59). Sua teoria fundamenta uma prática na ação e tem na *espontaneidade-criatividade* um dos seus conceitos mais importantes. Este energiza os comportamentos coletivos, liberando-os das formas rígidas e convencionais, sem ser arbitrário, já que sua maior característica é a adequação.

Descobri o homem espontâneo pela primeira vez com a idade de quatro anos, quando tentei brincar de Deus, caí e quebrei meu braço direito. Descobri-o novamente quando, aos dezessete anos, fiquei à frente de um grupo de pessoas. Eu havia preparado um discurso; era um discurso bom e inteligente, mas quando fiquei lá de pé tomei consciência de que não conseguiria proferir nenhuma daquelas coisas boas e educadas que me preparara para dizer. Percebi que seria injusto para o momento e para as pessoas à minha volta se eu não expressasse de modo como o exigiam a situação e as necessidades presentes das pessoas ali reunidas. Novamente descobri o homem espontâneo quando comecei a dirigir sessões de role playing e de psicodrama. (MORENO, 1983, p. 153)

Importante contextualizar que, quando Moreno formulou a definição do Psicodrama, ele estava num período no qual buscava institucionalizar sua prática no cenário das psicoterapias (criação de associações, escolas, regulação ética, tudo isso em escala mundial). Para tanto, precisou dialogar com as ciências do período, colocando o Psicodrama como a “ciência que explora a *verdade* por métodos dramáticos” (grifo nosso). Alguns estudiosos consideram que Moreno entrou no jogo das ciências positivistas americanas e “trapaceou” sua proposta instituinte. Ao invés de afirmar uma traição radical em relação aos regimes de verdade do teatro, uniu o teatro e a psicoterapia oficialmente, “e isso não causa mais escândalo a ninguém” (ZAMBONI *et al.*, 2014, p. 269).

Moreno (1923/1984, p. 20) argumenta que era mais “fácil advogar, num teatro espontâneo, a espontaneidade integral; as imperfeições de um ator não podiam ser perdoadas, mas as inexatidões e incongruências de um paciente mental que eventualmente se exibissem no palco eram não

apenas mais toleradas como esperadas e, muitas vezes, calorosamente bem-vindas.” (ZAMBONI *et al.*, 2014, p. 267)

Apesar de esse momento enrijecer a proposta inicial de Moreno, ele deixou sua obra com ares de incompleta e aberta, o que nos permite hoje visualizar a potência instituinte do Psicodrama, mas atentarmos tanto para as suas forças quanto as suas ciladas, pois “Moreno declarou guerra às instituições, mas não levou em conta as relações de força” (MILAN, s/a, p. 121) que as atravessavam.

Algumas das suas forças e ciladas são: (1) ideia de questionar as instituições sociais a partir de “dentro” – como ele fez com o teatro, por exemplo, esse movimento foi enfraquecido e bloqueado quando foi encarado como mais uma abordagem teatral; (2) a potência do Psicodrama como uma abordagem psicoterapêutica, que também pode ser tomada como acrítica, afastando-a das questões sociais e isolando-a do movimento psicodramático nos contextos sociais e históricos; (3) ao estruturar a abordagem no grupo, criou novos modos de intervenções e leituras, mas, ao mesmo tempo, o grupo passou a ser o terceiro elemento nos conflitos entre o social e o individual, reafirmando a dicotomia entre sociedade e indivíduo, essa lógica pode ser totalizante e se manifesta na ideia de que os problemas e as soluções sempre estarão no indivíduo, apesar de a abordagem ser grupal (ZAMBONI *et al.*, 2014).

A utopia moreniana rompe a barreira entre o privado e o público. Mas, ao se tornar terapia, ela acabou se aprisionando.

Numa sociedade em que a forma terapêutica estava dada, em que o privado se tornava público num lugar predeterminado, nos limites da sala de terapia, o que se tornava público era de novo encampado pelo sigilo do grupo. O que se pretendia – uma revolução da cultura *latu sensu* – na prática acabou por se inscrever num contexto que a impossibilitava. (MILAN, s/a, p. 123-124).

Por isso são importantes um cuidado e uma análise constante das implicações decorrentes das intervenções propostas nos grupos, para assim mantermos viva a potência instituinte da utopia moreniana.

Moreno morreu em 1974, aos 85 anos de idade. Deixando-nos o desafio de articular sua proposta com nosso cenário científico contemporâneo.

2. Psicodrama

O Psicodrama é um método de investigação do ser humano que privilegia a sua relação com o mundo; seria uma metodologia de pesquisa qualitativa da subjetividade (BRITO, 2006).

Vamos primeiro descrever brevemente os instrumentos e as etapas que compõem um Psicodrama clássico, para em seguida termos nossas reflexões sobre o Psicodrama e o fazer pesquisa.

Cinco instrumentos ancoram a prática psicodramática: palco, diretor, ego auxiliar, protagonista, e plateia.

Palco, ou espaço cênico, é para Moreno um prolongamento da vida onde realidade e fantasia coexistem, possibilitando experimentações multidimensionais. O espaço vivencial da realidade da vida é restritivo, de modo que o sujeito pode facilmente perder seu equilíbrio. O palco abre a flexibilidade da vida, onde tudo é possível ser experimentado. É nesse espaço que se pode reencontrar com a vida: devido à sua metodologia da liberdade de experiência e expressão (MORENO, 1978).

É através desse espaço e dessa metodologia que se tem um conceito muito importante para o Psicodrama: realidade suplementar. É no espaço cênico que se entra em contato com os conteúdos que transitam no limiar entre realidade e fantasia, e no palco é permitido criar uma outra realidade, que joga com esses dois trânsitos da nossa vida, possibilitando que a realidade suplementar seja coconstruída (como todos os participantes do grupo).

Realidade suplementar é o “como se” no espaço cênico, ou seja, um espaço real que servirá de base para a criação imaginária do ambiente onde se desenrolará o drama do protagonista, para exercitar papéis criativos que permitam resolver os problemas que o confrontam “lá fora”, no mundo (ZAMBONI *et al.*, 2014).

O *diretor* é o condutor da atividade dramática. Deve estar em alerta para converter toda e qualquer pista que o sujeito no palco ofereça em uma ação dramática, além de nunca deixar que essa produção perca contato com o público que a assiste (MORENO, 1978).

Ego auxiliar são auxiliares às cenas dramatizadas no palco, podem fazer parte da equipe com o diretor, portanto são treinados para desempenhar esta função, ou podem ser pessoas da plateia à escolha do protagonista – quando assim, mesmo sem treinamento, o diretor vai conduzindo o ego auxiliar na construção do personagem que lhe foi solicitado dramatizar no palco.

Com Moreno, os egos auxiliares eram sempre atores treinados para desempenhar a função de estarem atentos às orientações do diretor, complementando suas ações exploratórias ou terapêuticas e atuando como extensões de quem estiver no palco "retratando as personas reais ou imaginárias do seu drama vital" (MORENO, 1978, p. 19).

Protagonista, então, é o sujeito que revela e investiga seus dramas em consonância com os dramas do grupo (plateia) que o elegeu como representante.

A eleição do protagonista pode ocorrer de várias maneiras, a depender do estilo do diretor. Porém há uma sequência de procedimentos que é uma constante para sua eleição: primeiro se enunciam no grupo os *emergentes grupais* – sujeitos que estão dispostos a revelar seus dramas no palco psicodramático; se há uma consonância entre os emergentes e outros participantes do grupo, caracterizam-nos como *representantes grupais*; estes irão ao palco experimentar suas questões e o tônus da dramatização com a ressonância com a plateia é que nos indicará se o representante grupal foi de fato um protagonista.

Portanto, a eleição por si só não significa que temos um protagonista no palco, vai depender da conexão provocada na plateia. Nessa conceituação clássica, ele é o drama do grupo em um sujeito e não o drama de um sujeito no grupo. Essa diferenciação é muito importante para que as dramatizações façam sentido para todos os participantes. As cenas têm um tônus que mantém todos conectados, todos estão vivendo juntos com o protagonista suas cenas. É por esse tônus nas dramatizações que o processo sócio-psíquico-terapêutico acontece. A plateia se cuida com o protagonista e ele com a plateia através das experimentações de cenas e de papéis²⁵.

Portanto, o público ou *plateia* são as pessoas que participam da sessão psicodramática. Elas deslocam-se constantemente entre ajudar o protagonista e serem

²⁵ Voltaremos a esse conceito mais adiante.

ajudadas, ou seja, através do drama do protagonista, a plateia vê-se contemplada e passa por um processo de catarse terapêutica junto com o protagonista.

As ETAPAS de uma sessão psicodramática são três: aquecimento, dramatização e compartilhamento.

Aquecimento é o momento em que se propõe integrar os sujeitos participantes no grupo e iniciar a proposta dentro do contexto grupal. É realmente aquecer os sujeitos para as cenas que virão a seguir.

Dramatização é a segunda fase, na qual o grupo elege um protagonista para encenar suas questões; este trabalho é desenvolvido a partir de técnicas teatrais e de construção de ressonância com a plateia. Aqui se permite a exteriorização de conflitos internos, dando lugar à experimentação de novos papéis. Exercendo a liberdade pelo exercício da espontaneidade-criatividade no palco (ZAMBONI *et al.*, 2014).

Compartilhamento é o último momento, no qual o grupo como todo, inclusive o protagonista, compartilha seus sentimentos vividos durante a dramatização.

Estes são os elementos básicos presentes numa sessão de Psicodrama, independente do *setting* (psicoterápico, socioeducacional ou pesquisa).

A seguir iremos focar em alguns vetores do Psicodrama que nos auxiliaram na construção desta tese.

3. Espontaneidade e Criatividade

Espontaneidade e criatividade são os pilares da teoria moreniana. Para Moreno (1978) a espontaneidade (latim – *sua sponte* = do interior para o exterior) é uma prontidão do sujeito para responder de forma adequada, de acordo com o que for necessário, a uma situação nova; ou uma resposta nova para uma situação antiga. Espontaneidade e criatividade andam sempre juntas, pois são aspectos interdependentes, a espontaneidade é um catalizador para a criatividade.

Para Zamboni *et al.* (2014), o sujeito é compreendido como o ser que busca, pela espontaneidade, sua realização numa liberdade expressiva, e o mundo seria o espaço repressor, ao qual o sujeito estaria acorrentado. Moreno propõe que a “solução” do conflito entre sujeito e mundo se dê pela adequação do organismo ao meio, “organismo em crescimento precisa evocar novas respostas. Respostas adequadas (papéis criativos) a

situações novas são o que o psicodrama propõe-se a produzir.” (ZAMBONI et al., 2014, 268).

Nesse sentido, podemos dizer que a *dramatização* tem por finalidade levar o indivíduo a uma expressão *espontânea e criativa*, que possibilite a recriação dos papéis rigidamente desempenhados na situação real, análoga à do palco – pretende-se que o ato espontâneo-criador se dê no nível das relações sociais. A ação espontânea é mais livre e menos determinada do que uma ação automática, porque, ao invés de repetir o passado de uma forma inconsciente, ela o recupera conscientemente e o transforma em função do momento presente (NAFFAH NETO, 1979).

Moreno (1978) apresentou quatro expressões características da espontaneidade: a) a espontaneidade que entra na ativação de conservas culturais e estereótipos sociais; b) a espontaneidade que entra na criação de novos organismos, novas formas de arte e novas estruturas ou padrões ambientais; c) a espontaneidade que entra na formação de livres expressões da personalidade; e d) a espontaneidade que entra na formação de respostas adequadas a novas situações.

Assim como suas formas:

1) Qualidade dramática da resposta, que confere novidade e vivacidade a sentimentos, ações e expressões verbais que nada mais são do que repetições daquilo que um indivíduo experienciou antes.

A vida de um homem pode ser, em suas expressões e manifestações sociais, inteiramente rotineira, mas os seus contemporâneos e amigos a consideram extraordinária por causa do sabor particular que ele é capaz de incumbir aos atos cotidianos mais triviais (...). (MORENO, 1978, p. 140)

2) Criatividade: produtivo e criador, capacidade de criar. “(...) encontra-la-íamos num permanente *status nascendi*, repleta de sementes criadoras, sempre disposta a dissolver as conservas existentes e criando novas formas. Novas ideias e novas invenções.” (MORENO, 1978, p. 142).

3) Originalidade:

é aquele livre fluxo de expressão que, sob análise, não revela qualquer contribuição suficientemente significativa para que se lhe chame criatividade mas que, ao mesmo tempo, em sua forma de produção, é uma expressão ou variação ímpar da conserva cultural, tomada como modelo. (MORENO, 1978, p. 142)

4) Adequação da resposta: adequada à situação com que o indivíduo se defronta. Há três possíveis reações: a) nenhuma resposta numa situação; b) uma velha resposta a uma nova situação; c) nova resposta a uma situação nova.

Para Moreno (1978; 2008) espontaneidade e criatividade são as grandes (re)descobertas do século XX, pois elas seriam o máximo denominador comum da nossa sociedade, a força primária no comportamento humano, pois fala de um esforço de reconquista da interioridade sujeito-mundo, não de um estado concluído e acabado do mundo, estimulando o movimento (tanto do Psicodrama quanto da relação homem-mundo) (NAFFAH NETO, 1979).

4. Teoria de Papéis e Contextos

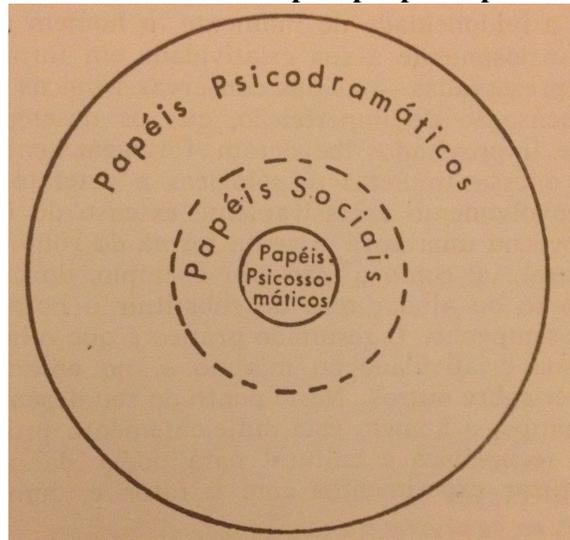
Aqui apresentaremos uma reflexão sobre as questões institucionais que atravessam os grupos, numa proposta de articular autores contemporâneos psicodramatistas e de outras áreas. Pretendemos também apresentar e ampliar o conceito sobre *contextos*, acrescentando o contexto institucional ao desenho original de Moreno.

Para falarmos da noção de contexto no Psicodrama, é preciso antes apresentar a Teoria de Papéis de Moreno, pois eles são conectados um ao outro. Moreno (1978) falou contextos como o espaço-tempo que é encadeado por vivências privadas e coletivas nas quais os sujeitos se relacionam, e não apenas no palco dramático. Fala-se de três contextos que são distintos entre si e o que os caracteriza são os papéis desempenhados em cada um deles.

Moreno concebeu o conceito de papel como uma articulação entre o individual e o grupal, e eles podem ser papéis sociais e papéis psicodramáticos. Os papéis sociais são os que exercemos no nosso cotidiano, como pai, mãe, filho, professor, aluno, pesquisador, psicólogo, etc., e os papéis dramáticos são os vividos apenas nas dramatizações, quando, pela liberdade proporcionada pelo palco, podemos "jogar" todos e quaisquer papéis. O autor apresentou o desenho dos papéis da seguinte forma (Figura 1):

Ele já indicava, em 1978, que entre os papéis sociais e psicodramáticos há uma porosidade entre eles (por isso o tracejado descontínuo na Figura 1) e, na sua filosofia, o exercício do papel psicodramático abrangeria todos os outros, pois seria pela liberdade espontânea e criativa oferecida no palco psicodramático que o protagonista poderia transformar os demais papéis da sua vida. Podemos dizer que essa era a sua utopia ativa que impulsiona o movimento psicodramático. Nessa figura, também está presente o papel psicossomático, que fala da relação do bebê nos seus primeiros estágios de desenvolvimento, os quais, para os fins desta tese, iremos incorporar ao papel social para facilitar nossa discussão sobre contextos.

Figura 1: Gráfico da Teoria dos Papéis proposta por Moreno (1978, p. 129)



Fonte: MORENO (1978, p. 129)

A porosidade entre os papéis pode ser experimentada através dos jogos espontâneos de papéis, quando podemos usar nossas referências do meio social e cultural, das nossas vivências familiares, ou ainda das experiências vitais que estão ancoradas na nossa história (KNOBEL, 2004). A experiência dramática nos permite que em uma cena sejam trocados papéis com personagens que representam uma certa complementariedade (por exemplo, pai-filho) e estimula-se a possibilidade de analisar, negociar e experimentar outras maneiras no desempenho de um determinado papel. Este pode ser um veículo eficaz para gerar e comunicar empatia, colocar-se no lugar do outro propriamente dito, o que seria um dos principais ganhos de uma dramatização. Desta

forma, todo grupo que vivencia uma experiência psicodramática perpassa pela experimentação de papéis sociais e psicodramáticos.

Moreno dá a entender que os papéis psicodramáticos definem exatamente a emergência do potencial criativo do sujeito e, como tal, a concretização da imaginação criadora possibilitada e catalisada pela espontaneidade. (...) deve designar, necessariamente, a emergência de uma nova síntese entre imaginação e ação, entre espírito e corpo; justamente a retomada do sujeito como existência única e a dissolução da sua clivagem anterior em papel social e a pessoa privada (onde o papel circunscrevia a ação e a pessoa privada, a imaginação). (NAFFAH NETO, 1979, p. 196)

Gostaríamos de acrescentar à teoria dos papéis de Moreno o papel histórico apresentado por Naffah Neto (1979), que nos permitirá mais adiante fazer as correlações entre os diferentes tipos de papéis e os contextos, principalmente ao contexto institucional que gostaríamos de desenvolver mais nesta parte do trabalho.

Como destacamos acima na citação, para Naffah Neto (1979) a criação dos papéis psicodramáticos surge da clivagem entre o coletivo e o privado, tendo a imaginação como articulador entre eles. Essa clivagem não acontece apenas no contexto social. Para o autor, suas raízes são consequência de um processo histórico e são sustentadas por uma rede de relações econômicas e políticas, onde essas relações engendram suas formas de poder, visíveis ou invisíveis. Essa é a dimensão histórica (econômico-político-social) do papel social, que, em sua estrutura e dinâmica própria, repete-se e concretiza-se num âmbito microssociológico, a “*estrutura de contradição e oposição* básicas que se realiza num âmbito maior entre *papéis históricos*, constituída pela relação *dominador-dominado*.” (NAFFAH NETO, 1979, p. 193, grifos do autor).

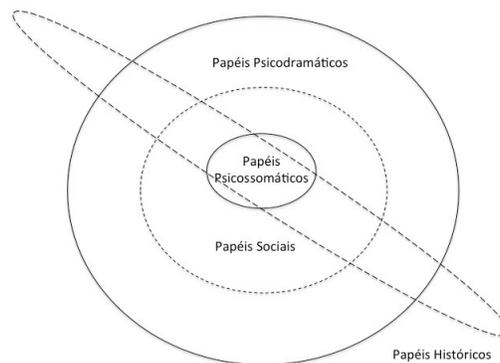
Para exemplificar a estrutura dos papéis históricos, ele cita o exemplo dos papéis sociais familiares:

(...) numa sociedade pautada na divisão social do trabalho e de seus produtos, retomam e dividem entre si funções específicas de manutenção da estrutura familiar a partir dos moldes da estrutura social mais ampla da qual a família é parte. E está aí, para quem ainda duvida, toda uma biografia sobre terapia familiar evidenciando que os tipos básicos de conflito, vividos pela família moderna ocidental, giram em torno de: disputa de poder, relações de posse e de domínio entre os membros etc. (NAFFAH NETO, 1979, p. 194)

Da mesma forma que esses papéis sociais familiares são construídos, outros papéis sociais vinculados a outras instituições assim o são, como instituições de ensino, religiosas, etc. Os papéis históricos estariam então circunscritos a um processo histórico e a uma estrutura social, política e econômica, que são manifestações necessárias para a consolidação do instituído como regra social (NAFFAH NETO, 1979).

Podemos considerar, através da reflexão desses papéis históricos, que há um atravessamento dos papéis históricos em todos os papéis. Criamos então a Figura 2 para facilitar a visualização dessa reflexão. Na figura, acrescentamos os papéis históricos desenvolvidos por Naffah Neto (1979) à imagem proposta por Moreno (1978) da Teoria dos Papéis.

Figura 2: Gráfico da Teoria dos Papéis, acrescentados os papéis históricos, desenvolvidos por Naffah Neto (1979)



Fonte: própria autora.

Naffah Neto (1979) chama a atenção para que o conceito de papel passa a ser um conceito central das microssociologias, por ser o porta-voz das relações disciplinares, porém, se não levarmos em conta a sua relação com a história e as instituições que o atravessam, ele será ideologicamente universalizado, dando origem a uma “pedagogia disciplinar” para adequar papéis sociais.

Na teoria original moreniana, os papéis sociais e psicodramáticos são desempenhados em diferentes espaços-tempos: sociais nos contextos sociais e grupais,

psicodramáticos no contexto dramático. Ele não fez essa correlação com os papéis históricos, mas o faremos mais adiante.

Entendemos contexto social como o espaço-tempo onde os sujeitos participantes do grupo exercem seus papéis sociais. É o contexto que está em torno do grupo, os elementos (micro) sócio-histórico-políticos que constituem nosso cotidiano como sujeitos numa (micro) sociedade.

O contexto grupal é o grupo em si. Tempo-espaço onde os sujeitos se encontram, suas relações intra e interpessoais e seus efeitos ao longo do processo grupal.

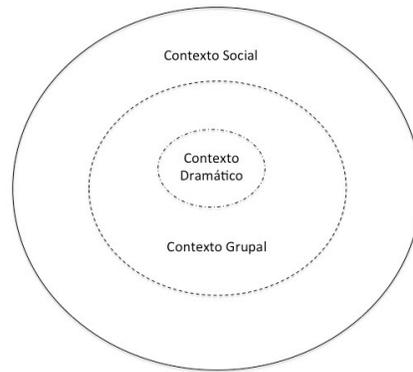
O contexto dramático é aquele desenvolvido no cenário, amparado numa temporalidade própria do “como se”. Onde se desdobra a interação de todos os papéis na concretização dramática. São as cenas e o que se desenrola com os personagens que dramatizam no grupo. Não se delimita a uma função espacial, mas é, principalmente, o efeito de um nível ótimo de aquecimento que leva à criação de uma realidade suplementar e ao envolvimento emocional dos participantes (CONTRO, 2004).

Apesar de concordar com o posicionamento do Moreno de que os papéis psicodramáticos abrangeriam todos os demais papéis, quando pensamos nesse desenho para os contextos, entendemos que ele se inverte. Cada contexto tem sua própria lei e responsabilidade, e seria difícil visualizar o contexto dramático como algo que incorporasse todos os outros contextos. Seria exatamente o contrário, ele seria o momento, a oportunidade que os sujeitos teriam de experimentar o “jogo” de outros papéis, onde a liberdade dramática nos permite experimentar diversas possibilidades que, de acordo com as leis dos demais contextos, não podemos fazer.

Por exemplo, os trabalhadores de saúde mental, por presenciarem episódios de crises psiquiátricas, estão (até certa medida) acostumados a sofrer agressões verbais e às vezes físicas. Dentro do contexto dramático, podemos construir cenas desse tipo e ajudá-los a elaborar esses episódios. O grupo, se estiver no mesmo contexto grupal de trabalhadores de saúde mental, consegue se conectar com essas cenas, pois elas são um dos elementos do seu cotidiano de trabalho. Porém, no contexto social, não há um entendimento claro de uma cena de violência no trabalho. Frases como “Mas você está indo ao trabalho para trabalhar ou para apanhar?” são comumente ditas por familiares dos trabalhadores, pois, na lei do contexto social, não se apanha no trabalho.

Entendendo a singularidade de cada contexto, propomos o seguinte gráfico (Figura 3) para apresentar a teoria dos contextos:

Figura 3: Gráfico de apresentação dos contextos social, grupal e dramático



Fonte: própria autora.

Observamos que o contexto social está circunscrevendo os outros contextos, isso significa que certas cenas dramatizadas pelos seus participantes podem nos fornecer analisadores sobre questões dos contextos social e grupal. Entender esse desenho é fundamental para começar qualquer análise sobre o grupo.

É importante enfatizar que o contexto social não é o fora do grupo, o externo, aquilo que acontece do lado de fora da sala. Ao contrário, “(...) não há realidade externa que produza maiores ou menores efeitos de influência sobre os acontecimentos grupais, senão que tal realidade faz parte do próprio contexto grupal em seus diversos modos” (FERNANDEZ, 1989, p. 50, tradução minha).

Segundo Contro (2004), o ponto de contato entre os contextos é poroso (por isso o desenhamos com linhas descontinuas, permitindo brechas por onde se efetivam intersecções).

Essa interação é descrita por Naffah Neto (1979, p. 179-180):

(...) o drama surge do contexto social por meio da palavra e da atitude dos membros do grupo: as situações vividas lá fora, em sua matriz originária, são trazidas para o interior do grupo, catalisadas e redinamizadas em oposições e conflitos entre seus membros: a rede sociométrica parece bloqueada por algo que a transcende. Assim, o

drama vivido no contexto social emerge através do drama vivido no interior do grupo e os papéis originais encontram equivalentes que os retomam dentro da configuração grupal. (...) Este sistema de posições e de papéis, que caracteriza o grupo e que se transforma a partir da história, define o contexto grupal. (...) O contexto dramático surge assim como a possibilidade de retomar e unificar os dois contextos numa só dimensão: no palco se vai da situação vivida no grupo à situação vivida na sociedade; os elos se restabelecem, o real e o imaginário evidenciam suas raízes comuns e do drama, para não se perder na generalidade e na diversidade de suas diferenciações individuais, tem que se aprofundar numa delas.

Do contexto dramático, o drama atravessa contexto grupal e extrapola para o social, ocorrendo uma transformação nos papéis nesse processo, pois eles se diferenciam pelo posicionamento criativo e espontâneo do sujeito e abre-se, a partir daí, para um movimento transformador dos papéis psicodramáticos e sociais (NAFFAH NETO, 1979).

Por essa razão, Contro chama a atenção para a importância de práticas que possam promover, como também instrumentalizar, a comunicação, a porosidade entre os três contextos. Nessa interação se edifica a realidade suplementar, “via pela qual os contextos se conectam num só momento, é mais um exemplo sobre como grupo e instituição se transversalizam.” (CONTRO, 2011, p. 37).

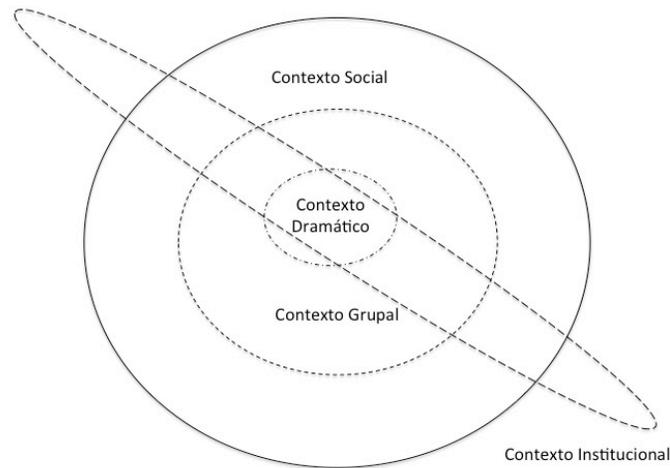
Podemos ver, como exemplo moreniano desse aumento de comunicação, da porosidade entre os contextos, o Caso de Adolf Hitler (apresentado no livro *Fundamentos do Psicodrama*), no qual uma das estratégias terapêuticas para o tratamento de Karl foi a manutenção do seu personagem delirante no contexto social e grupal, com o auxílio de egos auxiliares e instruindo os familiares nesse manejo (Moreno, 1983).

Contro, em 2004, lançou a noção de contexto institucional sem conceituá-la, apenas indicando que, numa articulação do Psicodrama e da Análise Institucional, poderíamos também incluir a análise desse contexto no grupo.

O *contexto institucional* falaria das instituições que atravessam os outros contextos, numa imagem transversal entre eles (Figura 4). Importante destacar que entendemos instituições como sistemas de referência que operam para a produção de determinados modos de subjetivação e como uma rede simbólica socialmente aceita, na qual se articula, junto ao seu componente funcional, um componente imaginário (FERNANDEZ, 1989). Para Lourau (2004a) “a instituição é vista como a forma (nunca

dada, sempre a descobrir, a reconstruir) que tomam as forças sociais” (p. 134). A sociedade funciona, bem ou mal, porque as normas universais, ou admitidas como tais, não se encarnam diretamente nos indivíduos, mas passam pela mediação formas sociais singulares, de modos de organização mais ou menos adaptados a uma delas ou a função.” (*idem*, 1993, p. 10).

Figura 4: Gráfico dos contextos social, grupal, dramático e institucional



Fonte: própria autora.

Se acrescentarmos o conceito de transversalidade de Guattari (2004), como a comunicação máxima entre diferentes níveis e, sobretudo, nos diferentes sentidos (horizontal – homogêneo ou papéis simétricos, e vertical – hierárquico ou papéis assimétricos), podemos entender que, durante a dramatização, “o protagonista é a fala, a demanda, o desejo, o sujeito do grupo a explicar as intersecções vinculares, as relações dos papéis, os critérios motivacionais e as dinâmicas sociométricas” (ALVES, prefácio do livro *CONTRO*, 2004). Poderíamos então pensar que as instituições que atravessam o grupo estão também presentes nessas dramatizações, assim como os papéis históricos atravessam os papéis sociais e psicodramáticos.

Podemos entender que há questões que surgem no contexto dramático que estão para além de um contexto social. Fala-se mais de algo que está atravessado às pessoas, ao grupo, ao estabelecimento e às suas instituições.

Dentro desta reflexão, Contro (2011) lança o desafio contemporâneo de pensar que uma face do método psicodramático seria promover a confluência entre o institucional e o coletivo:

(...) seja justamente a confluência entre o grupo e as instituições que o atravessam. Instituições no plural por se tratar da instituição enquanto organização, estabelecimento onde se encontra mais diretamente imerso e, ao mesmo tempo, instituições em seu sentido sociológico enquanto máquina de produção e reprodução das relações sociais. (CONTRO, 2011, p. 37).

O Psicodrama seria o método que possibilita deslocar e transfigurar o instituído e promover um movimento instituinte pulsante, viabilizando novas formas de os sujeitos do grupo e suas instituições se relacionarem com o mundo (CONTRO, 2011).

Ao incluir o contexto institucional nas nossas análises de grupo, lançamo-nos no desafio de inscrever o grupal no institucional, sem perder o específico da grupalidade. Sustentar tal especificidade sem fazer “grupos-ilhas” e tomar como vetor de análise a dimensão institucional (FERNANDEZ, 1989). Entendemos como “grupos-ilhas” os grupos que se isolam do contexto social e que também não estabelecem um diálogo com as instituições que os cercam.

Quando pensamos na porosidade entre os contextos, podemos associar novamente ao conceito de transversalidade. Para Guattari (2004), quanto mais se estimula o nível de comunicação, negociação e participação entre os sujeitos, maior será o coeficiente de transversalidade, ou seja, maior será a comunicação entre as duas dimensões do grupo.

Associando isso aos conceitos psicodramáticos seria: quanto maior o nível de comunicação transversal do grupo, entre os participantes, entre os serviços nos quais estão inscritos e incluindo uma análise das instituições que os atravessam, maior será a porosidade entre os contextos. Desta forma, menor será a probabilidade de se formar “grupos-ilhas” e as cenas dramatizadas pelo grupo poderão produzir excelentes analisadores para uma reflexão sobre o mesmo. Além de outros analisadores que comumente ocorrem na condução de um grupo, como interferências, ruídos, diferentes compreensões, expectativas, interesses, jogos de força e muitos mais que transitam durante as sessões.

O diretor do grupo precisa ficar bastante atento com duas questões que são importantes para sustentar uma porosidade entre os contextos: o contrato e o vínculo do grupo. É no contrato que as principais questões institucionais ficam evidenciadas e elas podem, ou não, dificultar a transversalidade do grupo. Depende de como o estabelece e como será construído o vínculo entre o diretor e os participantes. Essa atenção pode ser um início de trabalho que visa diminuir a possibilidade de o grupo tornar-se um "grupo-ilha".

Sobre a base de subjugar a importância desta distinção, pode-se observar que, quando o coordenador naturaliza estas referências dos integrantes, reforça a forma antinômica desenhada, aportando a adequada tecnologia de construção de um grupo-ilha. (FERNANDEZ, 1989, p. 50, tradução livre)

Esta proposta de análise de grupos pode nos servir como ferramenta para fazer uma leitura para além do grupal, independente do *setting* que estejamos trabalhando. Por exemplo, quando há um clima tenso e as dramatizações não produzem um tônus dramático que envolva os participantes, que não os coloque de forma plena no contexto dramático, quais seriam os atravessamentos grupais, sociais e institucionais que provocaram esse efeito nas dramatizações do grupo? Qual seria a origem da tensão grupal? Como trabalhar com o grupo estas questões?

Uma reflexão institucional sobre os grupos nos auxilia a promover uma maior porosidade entre os contextos, a potencializar o palco como um espaço clínico, estético e político, além de proporcionar encontros que aumentem a comunicação entre participantes (incluindo o diretor) e entre as instituições, possibilitando um aumento de potência de vida aos envolvidos.

5. Psicodrama e Pesquisa Participativa

Com essas articulações, podemos posicionar o Psicodrama também com as metodologias de pesquisa. Sabemos que há uma tradição dos psicodramatistas de analisarem suas abordagens pelo olhar da pesquisa-ação. Segundo Contro (2011), essa articulação se faz pelas duas abordagens terem objetivos de transformação das relações sociais, da micropolítica dos grupos e organizações visando a uma sociedade mais

igualitária. Dentro das metodologias qualitativas, principalmente, das ciências humanas, a pesquisa-ação e a pesquisa-intervenção são as mais utilizadas. As duas atuam por meio da ação com os participantes, e têm o mesmo objetivo central: “realizar mudanças e produzir saber. A relação entre conhecimento e ação, portanto, ocupa uma posição de destaque” (CONTRO, 2011, p. 100).

Trazendo essas reflexões conceituais para nossa proposta, tal aproximação metodológica nos parece coerente, pois há uma confluência de elementos entre o Psicodrama e a Pesquisa Participativa, como, por exemplo, a atenção à processualidade, a aposta no coletivo, a transversalidade dos papéis e a multiplicidade proporcionada.

A partir dessa característica metodológica que o Psicodrama possui, seguimos com o princípio norteador de que a construção de uma pesquisa, assim como de uma direção de grupo, segue a lógica de acompanhar os acontecimentos. Valoriza-se o *aqui e agora* aliado à postura clínico-político-estética na condução do trabalho. Seu rigor está no rigor do caminho, “sua precisão, está mais próximo do movimento da vida ou da normalidade do vivo (...). A precisão não é tomada como exatidão, mas como compromisso e interesse, como implicação na realidade.” (PASSOS; BARROS, 2009, p. 10-11).

Aqui tomamos a postura ética da cartografia para nos dar o aporte para essa articulação entre Psicodrama e Metodologias Participativas. A noção de cartografia é apresentada por Deleuze e Guattari na introdução de *Mil Platôs* (PASSOS *et al.*, 2009). A noção de fazer mapas (cartografar), e não decalcar, interessa-nos porque cartografar está inteiramente voltado para uma experimentação, “o mapa não reproduz um inconsciente fechado sobre ele mesmo, ele o constrói. Ele contribui para a conexão dos campos, (...) para sua abertura máxima sobre um plano de consistência” (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 22). Em outras palavras, é através do encontro e do aqui e agora que construímos as relações e modos de existência no mundo. Fazer mapas é acompanhar esse processo de construção (como, por exemplo, a construção criativa e espontânea durante uma dramatização). Decalque seria acompanhar o que está acontecendo; cartografia seria acompanhar junto com o que está acontecendo. Isto é o que nos interessa: é um fazer COM, ao lado.

Tomando essa noção de “fazer mapas” esquizoanalítica, o ato de fazer pesquisa nos convoca a muito mais que uma reflexão metodológica, convoca-nos a uma postura ético-estético-política. O sentido da cartografia, pensada nessa proposição, coloca-se como um “acompanhamento de percursos, implicação em processos de produção de criatividade e momentos inéditos, conexão de redes ou rizomas” (PASSOS *et al.*, 2009, p. 10).

Podemos visualizar essa noção com um protagonista construindo sua cena, por exemplo: a construção do cenário, dos personagens, da trama, etc. seguem um fluxo construído em ato; numa lógica “caótica”, tanto consciente quanto inconsciente, que vai pela dramatização se modulando e ressignificando a história do protagonista. Ou seja, rizomas como linhas capilarizadas, ramificadas, sem começo, meio ou fim claros, porque são conexões que fazem e se desfazem constantemente.

O pesquisador acompanha seu tema, assim como o diretor acompanha seu protagonista. Isto é, as metas predeterminadas não podem se sobrepor ao trabalho, ao contrário, os acontecimentos é que vão modular as metas.

Em primeira instância, encontramos uma questão filosófica que é o conceito da representação no Psicodrama e como a Filosofia da Diferença (principal referência da cartografia) tem toda uma bibliografia que critica fortemente essa noção. Para desenvolvermos essa crítica retornemos ao conceito de protagonista.

Segundo Alves (1994), ele é

(...) o elemento do contexto dramático que surge através de uma personagem no desempenho de um papel, questionador de sua ação e sua emoção, e é o representante emocional das relações estabelecidas entre os elementos de um grupo, ou entre diretor e cliente, que têm um projeto dramático comum. (ALVES, 1994, p. 94, grifo nosso)

Essa definição nos coloca na postura de sempre buscar a figura representativa do grupo, sob forma de protagonista, principalmente no *setting* psicoterápico. Porém, se também entendemos que a subjetividade é uma produção coletiva, parece-nos contraditório afirmar que essa “representação” significa que o protagonista vai agrupar os dramas coletivos num drama privado de um único sujeito.

Inevitavelmente, quando falamos de protagonista, falamos de representação, pois o processo de seu surgimento passa pela emergência de um drama do contexto grupal que poderá ser representativo ao grupo, e, se for, ele passa a ser chamado de protagonista da sessão/ato. Se formos considerar que a produção de subjetividade acontece no coletivo e que seu processo está sempre em movimento e não estancado em ideias, máscaras ou papéis, compreendemos que a dramatização não pode ser lida como uma representação dessas instâncias fixas, como os filósofos leem o teatro e, numa primeira instância, o Psicodrama.

Deleuze (2000) fala da representação teatral como algo fixo, não elaborado, onde a encenação teatral seria como uma atuação, uma repetição do conceito, apenas um preenchimento do vazio cênico que precisa ser preenchido pelo desempenho de papéis e máscaras. Teria, então, o mesmo funcionamento do recalque freudiano, que é considerado um sintoma e que, através da associação livre, e principalmente da transferência, pode-se repetir os traumas, mas com processos elaborativos e, assim, “curá-los”.

Deleuze irá contrapor com a noção da dramatização, que seria uma espécie de embrião para o trabalho com conceitos que ele desenvolverá (DAMASCENO, 2011).

Para Deleuze, o método da dramatização é

Relacionar um conceito com a vontade de potência, para localizar o sintoma de uma vontade, sem a qual não poderia sequer ser pensado, nem o sentimento experimentado, nem a ação empreendida. Esse método corresponde à questão trágica, ele é o próprio método trágico. (DELEUZE, 1963 *apud* DAMASCENO, 2011, p. 161)

Este método consiste então em não tratar os conceitos simplesmente como representações abstratas, mas como sintomas de uma vontade que quer algo, relacionando-os com a vontade sem a qual não poderiam ser pensados. O pensamento tem que ser um teatro para a encenação dos conceitos através do jogo de forças em que estão envolvidos (PELLEJERO, 2010).

A filosofia esteve sempre ocupada com os conceitos, fazer filosofia é tratar de inventar ou criar conceitos. Só que os conceitos têm vários aspectos possíveis. Foram utilizados durante longo tempo para determinar o que uma coisa é (essência). Ao contrário, interessamo-nos pelas circunstâncias de uma coisa: em que caso, onde e quando, como,

etc.? Para nós, o conceito deve dizer o acontecimento, e não a essência.
(PELLEJERO, 2010, p. 81)

Nesse sentido a dramatização (ou o método dramático) propõe-se descobrir novas relações de força, reconstituir modos inexplorados de existência e inventar novas possibilidades de vida (PELLEJERO, 2010).

Se trouxermos essa análise para o Psicodrama, é a mesma reflexão. O modo de pensar representacional parte do princípio de que há verdade absoluta para além dos acidentes e variações da vida, que é contrário à proposta instituinte da utopia moreniana, que recusa a busca por uma universalidade metodológica e de praticabilidade (Zamboni *et al.*, 2014). Aqui, o protagonista é ator e autor ao mesmo tempo, ou seja, durante a dramatização, o sujeito está repetindo seu drama e ao mesmo tempo elaborando e criando diferentes respostas.

É o entrelaçamento, a comunicação entre contextos a possibilitar que autor, ator e personagem coexistam no contexto dramático. (...) Da mesma maneira, personagens identificados no contexto dramático, inicialmente, são “reconhecidos” no contexto social, quando nos deparamos, inicialmente com situações que os evocam, reiterando sua presença em nosso repertório vincular. (CONTRO, 2004, p. 37)

Queremos destacar esse conceito porque tradicionalmente no Psicodrama o protagonista é entendido como o emergente grupal, aquele que provavelmente irá representar o drama do grupo através do seu drama privado. Como discutimos anteriormente, não estamos buscando a representatividade dos participantes, mas provocar uma construção coletiva de cenas, ou, em outras palavras, uma construção coletiva de protagonistas.

O movimento protagônico está presente no contexto grupal, mas o protagonista se dará como tal no contexto dramático (ALVES, 1999). E para desvincular mais ainda da figura do sujeito participante, escolhemos o dispositivo da Multiplicação Dramática, que trabalha o tempo todo com a noção de cena de um protagonista, ou cena demonstrativa de um protagonista. Sua cena é disparadora de ressonâncias de diversas ordens (cenas, gestos, sons, etc.). Portanto, trabalha numa produção do coletivo e não de uma única pessoa.

Assim, os participantes podem entrar em contato com suas emoções, numa dramatização protagônica potencialmente coletiva e com uma proposta de racionalização e produção de conhecimento também coletiva.

Essa divisão aqui é apenas didática, o que queremos nos apropriar aqui é justamente da indissociação do aspecto protagônico, no sentido de empoderamento que os protagonistas de cenas múltiplas podem desenvolver.

Mas, se formos levar até o limite essa discussão, poderíamos dizer que, se entendermos que a produção de subjetividade é sempre coletiva, inclusive nos grupos psicoterapêuticos, não precisaríamos trabalhar apenas com protagonistas, mas sim, com cenas coconstruídas pelo grupo. E é com essa postura que utilizamos o Psicodrama na pesquisa: buscar acontecimentos que nos colocam numa exigência de criação coletiva, acreditar que podemos pesquisar ENTRE, JUNTOS e COM.

Possibilidades metodológicas de pesquisar COM, de construir COM, de se emocionar COM, de sentir COM...

6. Participação, Protagonismo e Protagonista

Gostaríamos aqui de fechar nossa discussão articulando as interseções entre as três grandes áreas que circunscrevem nossa pesquisa: pesquisas participativas, saúde mental e psicodrama. O desafio proposto aqui foi experimentar uma metodologia participativa que incluísse três vetores: participação (nas metodologias da pesquisa-intervenção), protagonismo (saúde mental) e protagonista (psicodrama).

Ao propor uma participação mais ativa dos sujeitos da pesquisa, aqui os profissionais ligados às RTs, propusemos a criação de um espaço coletivo que colocasse o cotidiano do trabalho em pauta. A ideia não era apenas coletar dados, mas produzir os dados da pesquisa. O que estávamos buscando? Produzir um conhecimento que fosse o mais próximo possível da realidade cotidiana do trabalho nas RTs. Ao colocá-los numa metodologia na qual o caminho da pesquisa é traçado COM o grupo, pretendíamos provocar um protagonismo sobre o tema, uma validação e um registro do trabalho realizado por eles com os moradores das RTs.

O caráter participativo reafirma o sentido de intervenção da pesquisa e busca uma participação mais ativa dos sujeitos envolvidos. Significa fazer valer o protagonismo do

"objeto de pesquisa" e a sua inclusão no processo de produção de conhecimento. Com essa postura, já intervindo na realidade dos participantes, pretendíamos desestabilizar "os modos de organização do conhecimento e das instituições marcadas pela hierarquia dos diferentes e pelo corporativismo dos iguais." (KASTRUP, PASSOS, 2014, p. 26). Ser ação de pesquisar COM ou de "transversalidade em um plano comum" (idem).

A pergunta que nos fazíamos era: como potencializar durante a pesquisa o empoderamento dos profissionais de RT que trabalham empoderando moradores de RT? Além de pensarmos numa pesquisa participativa, pretendíamos caminhar na direção do conceito de que a saúde mental trabalha sobre protagonismo, que, segundo Alvarez *et al.* (2013)

(...) diz muito mais respeito à possibilidade de refletirmos sobre nossas ações, como trabalhadores e usuários do SUS, tornando-nos co-responsáveis pelos processos de saúde, de forma que produza uma atenção e reflexão relacionadas às nossas práticas, e aqui, especialmente, às relações que estabelecemos na e com a rede de saúde mental, às práticas que produzem uma política de saúde mental, com os serviços nos mais diversos setores. (ALVAREZ *et al.*, 2013, p. 317)

Fala-se então da capacidade dos participantes de analisar e de intervir nos processos de produção de saúde, da capacidade de fazer política e, aqui também, da produção de conhecimento coletivo.

É somente na experiência desse plano comum que podemos falar de consensos possíveis, sem cair na consensualidade, como homogeneidade de opiniões ou ainda como concordância sobre os fatos. (...) A inseparabilidade entre ética e política se estabelece como reflexão sobre nossas ações no mundo e como ação sobre o mundo que estamos produzindo juntos. (ALVAREZ *et al.*, 2013, p. 317)

Além de contarmos com a potência da transversalidade, através da Tríplice Inclusão (diferentes sujeitos, analisadores e movimentos coletivos), seguimos o desenho de um método educacional psicodramático proposto pela Romãna (1992).

Acompanhando a construção das etapas psicodramáticas (aquecimento, dramatização e compartilhamento), a autora propõe que a produção de conhecimento

possa acontecer em três níveis: aproximação indutivo-emotiva, aproximação racional ou conceitual e aproximação funcional.

Em outras palavras, a aprendizagem pelo método psicodramático passa pela *emoção, ação e razão*. Seria pelo contato com as emoções e os conhecimentos prévios que os participantes possuem que se constrói uma ação dramática e, a partir dela, pode-se construir um novo conhecimento, pode-se racionalizar sobre seu sentido e o que foi dramatizado. Assim, o conhecimento torna-se o mais próximo do participante possível.

(...) como ele é um método baseado no psicodrama, pensamos na necessidade de articular situações que sejam dramatizadas que reproduzam a *realidade* do conhecimento, situações que o *simbolizam* e situações nas quais criamos outro contexto, ou outro ninho, para o conhecimento. (ROMAÑA, 1992, p. 61)

Tendo esse triângulo e essa tríplice referência, estimulou-se o contato com outros níveis de sensibilidade, outros níveis de conhecimento: emoção → ação → razão / diferentes sujeitos + analisadores + movimentos coletivos. Esse caminho possibilitaria validar conhecimentos que estão presentes no trabalho e, muitas vezes, fundamentais para um trabalho coerente e sensível que exige o campo da saúde mental.

Com isso vamos construindo caminhos de se pesquisar e de produzir dados, podendo “sustentar as desordens coletivas sem fechá-las no dispositivo, buscando neutralizá-las. Para tanto, é preciso tornar sociedade e indivíduo como multiplicadores, como espaços de produção de diferentes, e não como instâncias transcendentais aos processos de produção coletivos.” (ZAMBONI *et al.*, 2014, p. 269).

Todas essas articulações foram pensadas por se entender que o desafio de cuidar e não tutelar um morador de RT (ex-interno de hospital psiquiátrico) passa por uma sensibilidade, por uma sutileza no trabalho que muitas vezes não se consegue colocar no plano racional, sem dar vazão para essa experimentação. “De nada adianta a ‘consciência’ teórica e abstrata que não tem alicerces, que não é o produto de uma experiência vivida.” (NAFFAH NETO, 1979, p. 140).

O Psicodrama possibilita o contato com esse plano de conhecimento. Ele é o nosso disparador dos processos que nossa metodologia participativa propõe. Entrar em

contato com os sentimentos, colocar na ação dramática e produzir conhecimento, ou participar, protagonizar e protagonizar.

Linha 4: Coconstrução da Pesquisa com o Território de São Bernardo do Campo: Dispositivo Grupo Participativo

Nesta parte do trabalho apresentaremos como o projeto de intervenção desta pesquisa foi construído, a nossa caixa de ferramentas em diálogo com o território de São Bernardo e como a intervenção foi se alterando ao longo dos encontros seguindo um caminho construído pelos participantes.

Em 2013-2014 participei como monitora do Curso de Especialização em Saúde Mental com os profissionais de São Bernardo do Campo (SBC), no qual acompanhava transversalmente o caminhar dos alunos/funcionários do município durante o curso. Iniciou-se aqui o desejo de fazer pesquisa em SBC.

Esse curso era dividido em vários eixos de trabalho, um deles chamava-se *Ação em Serviço*, no qual os profissionais inscritos no curso e que trabalhavam no mesmo território sanitário planejaram e executaram uma ação dentro do território adscrito. O território 4, que compõe a área central de SBC, desenvolveu um trabalho com as Residências Terapêuticas. Coordenado pela Professora Maria Inês Badaró, o grupo montou rodas de conversa sobre produção de autonomia junto aos Acompanhantes Terapêuticos (ATs) das Residências, utilizando a técnica de grupo focal²⁶. Participei dos dois últimos encontros, que foram para discutir a produção do relatório final sobre a experiência.

Além do Ação em Serviço, identifiquei que foram produzidos três trabalhos de conclusão do curso com temas em torno das Residências Terapêuticas²⁷, e dois trabalhos sobre os Acompanhantes Terapêuticos nas Unidades de Acolhimento Transitório²⁸.

²⁶ Uma técnica de pesquisa qualitativa que coleta informações por meio de interações grupais, podendo ser entendida como uma entrevista com grupos.

²⁷ DAMIN, E. S. **Ambiência dos Serviços de Residência Terapêuticas, favorecendo o acolhimento e o cuidado adequado aos moradores**. Trabalho Técnico Orientado do Curso de Especialização *Latu Sensu* em Saúde Mental. Faculdade de Medicina do ABC/Prefeitura de São Bernardo do Campo. 2014.

ROSIN, E. **Residência Terapêutica: espaço promotor de direitos humanos em saúde mental**. Trabalho Técnico Orientado do Curso de Especialização *Latu Sensu* em Saúde Mental. Faculdade de Medicina do ABC/Prefeitura de São Bernardo do Campo. 2014.

SILVA, D. B. da. **Autonomia sob o Aspecto de uma Residência Terapêutica**. Trabalho Técnico Orientado do Curso de Especialização *Latu Sensu* em Saúde Mental. Faculdade de Medicina do ABC/Prefeitura de São Bernardo do Campo. 2014.

²⁸ SANTOS, A. E. B. dos. **Acompanhante Terapêutico de Republica Terapêutica: sua atuação na Cada de Acolhimento Transitório Infanto-Juvenil**. Trabalho Técnico Orientado do Curso de

O território estava aquecido nas discussões sobre as RTs: o contrato com o Hospital Lacan estava encerrado e a maioria dos internos/moradores desse hospital estava nas Residências, o salário dos cuidadores aumentou quase 270% e um novo nome lhes foi atribuído, *Acompanhante de Residência Terapêutica* (AT) – que ampliou significativamente as expectativas quanto ao trabalho, colocando a dupla função cuidador e acompanhante terapêutico em evidência, na direção de redescobrir a casa e a cidade como espaços produtores de uma subjetividade²⁹.

Mobilizadas pelo tema desde o mestrado³⁰, afetada pela experiência de São Bernardo e considerando as recentes publicações sobre metodologia participativa na saúde, montamos um projeto de pesquisa e apresentamos à coordenação de Saúde Mental de SBC.

Nos propusemos a realizar uma pesquisa participativa com os profissionais ligados às Residências Terapêuticas para produzir conhecimento referente às ferramentas da reabilitação psicossocial que atuam no cotidiano das casas. Para alcançar tal objetivo, desenhamos uma intervenção a partir de um Dispositivo Grupal, com sessões de Multiplicação Dramática, processamentos dessas sessões e oficinas de escrita.

A seguir vamos detalhar nossa caixa de ferramentas que compôs nossa intervenção no território.

1. Dispositivo

O trabalho com dispositivos grupais vem desde as primeiras experiências de Kurt Lewin, Elton Mayo e Moreno. Elas se caracterizaram como instâncias coletivas que

Especialização *Latu Sensu* em Saúde Mental. Faculdade de Medicina do ABC/Prefeitura de São Bernardo do Campo. 2014.

SOUSA, R. J. de. **O Papel do Acompanhante Terapêutico numa Unidade de Acolhimento Transitória de São Bernardo do Campo: relato de experiência.** Trabalho Técnico Orientado do Curso de Especialização *Latu Sensu* em Saúde Mental. Faculdade de Medicina do ABC/Prefeitura de São Bernardo do Campo. 2014.

²⁹ O Acompanhamento Terapêutico propõe criar um cuidado a partir do que se vai vivendo nas andanças, possibilitando a invenção de novos manejos, com o inesperado que a rua proporciona, por exemplo. Palombini (2004) chama essa atuação como uma “clínica em movimento”, por pensar a cidade em movimento como o chão onde se trabalha (influenciada pela ideia de Lancetti na qual a clínica da cidadania não tem o consultório como o único lugar onde se pode fazer clínica).

³⁰ SILVA, D. A. B. **Cotidiano da Residência Terapêutica.** Mestrado em Psicologia Social. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2012. No qual acompanhei o cotidiano dos moradores de uma RT em São Paulo capital.

inauguraram uma modalidade de construção de espaços com um número de pessoas para a produção de efeitos específicos nas diversas formas de intervenções institucionais e comunitárias (FERNANDEZ, 2008).

Segundo Castro (2009), a noção *dispositivo* nos trabalhos de Foucault pode ser assim sintetizada:

1) O dispositivo é a rede de relações que podem ser estabelecidas entre elementos heterogêneos: discursos, instituições, arquitetura, regramentos, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas, o dito e o não dito. 2) O dispositivo estabelece a natureza do nexos que pode existir entre esses elementos heterogêneos. Por exemplo, o dispositivo pode aparecer como programa de uma instituição, como um elemento que pode justificar ou ocultar uma prática, ou funcionar como uma interpretação a posteriori dessa prática, oferecer-lhe um campo novo de racionalidade. 3) Trata-se de uma formação que, em um momento dado, teve por função responder uma urgência. O dispositivo tem, assim, uma função estratégica. (...) 4) Além da estrutura de elementos heterogêneos, um dispositivo se define por sua gênese. A esse respeito, Foucault distingue dois momentos essenciais. Um primeiro momento do predomínio do objetivo estratégico; um segundo momento, a constituição do dispositivo propriamente dito. 5) O dispositivo, uma vez construído, permanece como tal na medida em que tem lugar um processo de sobredeterminação funcional: cada efeito, positivo e negativo, querido ou não querido, entra em ressonância ou em contradição com os outros e exige um reajuste. (CASTRO, 2009, p. 124)

Em diálogo com Foucault, Deleuze responde a pergunta *O que é o dispositivo?* (1990) dizendo que é "antes de mais nada, um conjunto multilinear, composto por linhas de natureza diferente" (p. 1). Desenredar essas linhas dos dispositivos seria a construção do seu mapa, seria cartografar, "percorrer por terras desconhecidas", realizar um trabalho terreno.

Mas o que seriam essas linhas? Elas são de natureza diversa e de três espécies: linhas de segmentaridade dura – são todos os segmentos bem determinados em todas as direções, que nos recordam em todos os sentidos; linhas de segmentaridade flexíveis ou moleculares – elas traçam pequenas modificações, fazem desvios, delineiam quedas ou impulsos, não são, entretanto, menos precisas; e linhas de fuga – são linhas de ruptura, simples, entretanto são as mais complicadas de todas, as mais “tortuosas”. “(...) como se alguma coisa nos levasse, através dos segmentos, mas também através de nossos limiares,

em direção de uma destinação desconhecida, não previsível, não preexistente.” (DELEUZE, PARNET, 1998, p. 146).

Esquizoanálise, micropolítica, pragmática, diagramatismo, rizomática, cartografia têm, para Deleuze (1998), o mesmo objeto de estudo, que são essas linhas em grupos ou indivíduos. Elas não interpretam, perguntam:

- 1) Quais são os segmentos duros, suas máquinas binárias e de sobrecodificação? (...) E quais os perigos se fizermos explodir esses segmentos rápido demais? (...).
- 2) Quais são suas linhas flexíveis, quais os fluxos e quais limiares? Que conjunto de desterritorializações relativas, e de reterritorializações correlativas? (...)
- 3) Quais são suas linhas de fuga, lá onde os fluxos se conjugam, lá onde os limiares atingem um ponto de adjacência e de ruptura? (DELEUZE; PARNET, 1998, p. 166).

Deleuze considera que o dispositivo teria as seguintes dimensões: curvas de visibilidade e curvas de enunciação, que dizem respeito ao eixo do saber, tal qual tematizado por Foucault. Elas são máquinas de fazer ver e de fazer falar. Estas dimensões não possuem contornos definitivos, mas seriam cadeias de variáveis relacionadas entre si.

Trabalhar com dispositivo implica num repúdio aos universais – todas as linhas são linhas de variação – o sujeito não é universal, mas fruto de processos singulares e cada dispositivo pode ser fruto deste processo, ou seja, os dispositivos são possibilidades de subjetivação.

A subjetivação se faz por dobra. (...) A primeira concerne à parte material de nós mesmos que vai ser cercada (...). A segunda dobra é a relação de forças, no seu sentido mais exato; pois é sempre segundo uma regra singular que a relação de forças é vergada para tornar-se relação consigo; certamente não é a mesma coisa quando a regra eficiente é natural, ou divina, ou racional, ou estética... A terceira dobra é a do saber, ou a dobra da verdade, por consistir uma ligação do que é verdadeiro com o nosso ser, e de nosso ser com a verdade, que servirá de condição formal para todo saber, para todo conhecimento (...). A quarta dobra é a do próprio lado de fora, a última: é ela que constitui (...) uma “interioridade de espera”, é dela que o sujeito espera, de diversos modos, a imortalidade, ou a eternidade, a salvação, a liberdade, a morte, o desprendimento. (DELEUZE, 2005, p. 112)

O grupo é um dispositivo conectado a processualidades, não mais a unidades ou a totalidades. Ele é tomado pelo emaranhamento das linhas históricas, pelos regimes de enunciação e visibilidade que o sustentam. “Caberá, pois, se instalar sobre as linhas que o compõem e o atravessam seguindo suas múltiplas direções. Rachar as palavras, rachar as coisas, rachar o grupo para pegar as coisas por onde elas crescem, pelo meio.” (BARROS, 1996, p. 100-101).

Segundo Barros (1996), podemos então pensar as linhas de visibilidade e as de enunciação como uma formação histórica de maneiras de sentir, perceber e dizer que conformam regiões de visibilidade e campos de dizibilidade. Podemos associar aos papéis históricos que Naffah Neto (1979) desenvolveu e que relacionamos com o contexto institucional do grupo, em cada época, em cada momento histórico, existem camadas de coisas, palavras, formas e substâncias de expressão e de conteúdo. O saber produzido pelo dispositivo grupo é a combinação dos visíveis e dizíveis de um estrato (BARROS, 1996).

Além disso, um dispositivo grupo comporta linhas de forças que destacam a dimensão saber-poder, que podem ser mapeadas pela manutenção/desmanchamento das instituições que o atravessam, pela naturalização/desnaturalização dos modos de viver e de sentir, e pelo acompanhamento dos fluxos que se deslocam no tempo, produzindo modificações no grupo e nos seus contextos.

As linhas de força nos levam a estar no meio o tempo todo. (...) Não mais nos apoia num plano discursivo já dado, não mais a de uma disposição ordenada entre pares, mas aquela que se põe aberta às bifurcações divergentes, que escampam do “ou” que dualiza e se afirmam no “e” que multiplica. (BARROS, 1996, p. 101)

E as linhas de subjetivação seriam as bordas extremas de um dispositivo, que delineariam a passagem de um dispositivo para outro. Seria a ação do dispositivo se apresentando em maior grau de intensidade, “fraqueando limiares variados de desterritorialização nos modos dominantes de subjetivação” (BARROS, 1996, p. 102).

Num dispositivo grupo, o encontro entre os sujeitos, o estar frente a outros, pode disparar movimentos inesperados e desconhecidos, diferentes modos de experimentar. Outro (sentido molar, o sujeito) e outrem (sentido molecular, composição de linhas que

desenham movimentos imprevisíveis). Outrem é a multiplicidade, é o coletivo. Dispositivo grupo em duas dimensões, molar e molecular.

O plano molar recorta o molecular e este não para de o atravessar. É justo no encontro dos planos – o primeiro que codifica e generaliza e o segundo que cria e comporta variações (...) que as linhas entrecruzam, se infiltram. É esta mistura que faz com que os agenciamentos se multipliquem, produzindo singularidades. (BARROS, 1996, p. 102-103)

Dispositivo grupo para acompanhar os fluxos, os agenciamentos (sempre coletivos), intervir na ordem coletiva/múltipla e não nos sujeitos e nas suas histórias privadas.

O que caracteriza um dispositivo grupo com essa perspectiva é sua capacidade de irrupção daquilo que se encontra bloqueado de criação, é o seu teor de liberdade, podendo tensionar, movimentar, deslocar para outro, provocando novos agenciamentos. Pois "em sua montagem, forjam situações articuladoras de elementos heterogêneos, que acionam certos modos de funcionamento, produzindo efeitos narrativos determinados, embora imprevisíveis" (ALVAREZ et al., 2013, p. 305).

O dispositivo grupal opera como intervenção para além da vontade de quem a propõe. Não se descobre o oculto, apenas se põe expressivamente e em ato fragmentos que criam condições para posteriores operações de sentido. Dispositivo como *máquina*, pois, quando posto em ação, ele produz (e não representa) uma sequência de cenas-momentos nas quais suas conexões são posteriormente compostas de linhas de sentido. Operam como disparador de material discursivo em circunstâncias de mínimo controle e intensidade expressiva (FERNANDEZ, 2008).

O Dispositivo Grupo Participativo que armamos valeu-se da *Multiplicação Dramática (e de seu processamento)*, de *Oficinas de escrita*, assim como do *pensamento em cena* para efetuar a narrativa, que a nosso ver melhor realizam a articulação entre os elementos conceituais e metodológicos da pesquisa participativa, do Psicodrama e da Análise Institucional.

2. Multiplicação Dramática

O embrião da multiplicação dramática ocorreu com a publicação em 1978 do trabalho realizado pelos argentinos Kesselman, Pavlovsky e Frydlewsky intitulado *As Cenas Temidas do Coordenador de Grupos*, no qual eles correlacionam as cenas dramáticas com a subjetividade do diretor (PERAZZO, 2010).

Anos mais tarde, em 1989, eles lançaram o trabalho de Multiplicação Dramática como efeito das discussões teóricas e práticas sobre cenas temidas. Partiram da noção de que o estado de espontaneidade-criatividade pode ser diretamente relacionado à imaginação criadora, à subjetividade, à dimensão estética, poética e cocriativa, numa proposta que se diferencia, por meio de uma ressonância dramática multiplicadora (PERAZZO, 2010).

Conserva-se a estrutura de etapas do Psicodrama clássico: aquecimento, dramatização e compartilhamento. O aquecimento tem como objetivo ir preparando o grupo para sua integração, uma forma de iniciar um vínculo de segurança para que as pessoas se sintam confortáveis para o trabalho dramático que irá ocorrer em seguida. É nesse momento também que se escolhe uma cena de um protagonista, através de um processo de escolha entre todos os participantes, o qual chamamos de *escolha sociométrica do grupo*. Usamos este nome para enfatizar que as escolhas de cada participante falam muito do estado de ressonância do grupo. Normalmente se escolhe aquela cena que tem mais ressonância, pois há uma aposta de que ela – *cena de um protagonista* – irá contemplar a maioria dos participantes e possibilitar o processo de multiplicação de cenas que acontecerá mais adiante.

Escolhida a cena de um protagonista, diretor e protagonista constroem juntos os elementos para efetivar uma dramatização. Nesse momento o diretor utiliza todos os recursos e técnicas psicodramáticas para desenrolar a cena. Explora-se até o momento de sua tensão, deixando-a em aberto para que a plateia possa entrar nesse estado de tensão e “roube-a”, multiplique-a com outros personagens, outras cenas, outras imagens, outros gestos e outros sons.

Ainda na fase da dramatização, o diretor pede aos demais participantes que façam cenas curtas, vinhetas de situações, sentimentos, ressonâncias que foram provocados a partir da cena primeira. Sem intervenções do diretor, as cenas vão se construindo e

desenrolando com liberdade de expressão, fala e movimento, até o limite de um esgotamento de cenas ou do horário.

Em seguida acontece a fase do compartilhamento, na qual os participantes (incluindo o protagonista) vão falar sobre os sentimentos disparados a partir de toda a experiência vivida. Nesse momento não há interpretações nem “e se você tivesse...”, as pessoas falam sobre sentimentos, lembranças, sobre o que vivenciaram durante todo o processo.

A escolha sociométrica é muito importante, pois ela possibilita ao grupo participar espontânea e criativamente do processo de criação grupal, que chamamos de ressonâncias, quando se pode criar livremente.

Uma vez trabalhada a cena de um protagonista, com todos os recursos próprios, o objetivo passa a ser possibilitar que o grupo se aproprie da cena, isto é, roube a cena do protagonista e a considere sua para poder jogar e improvisar dramaticamente a partir da cena original. Consoar e/ou ressoar com o grupo. (MASCARENHAS, 1999, p. 105).

A Multiplicação Dramática seria uma *máquina de visibilidade* que põe em manifesto a potência coletiva-subjetiva de se multiplicar e não reduzir (FERNANDEZ, 2008). Produzir histórias e não uma única história centralizada. Cria-se uma rede de histórias que, a partir da cena de um protagonista, pode produzir desbloqueios de intensidade e fluxos de sentidos e acontecimentos inesperados (MASCARENHAS, 1999).

Os participantes se ligam através de uma sensação por intermédio de uma ação dramática (MASCARENHAS, 1999), favorecendo o agenciamento de estados de espontaneidade-criatividade do grupo, assim como a “apropriação de determinadas noções ou conceitos que se põe na própria máquina e a partir daí pode-se pensar uma série de coisas.” (KELLSEMAN; PAVLOVSKY, 1991, p. 37).

A principal diferença desse dispositivo para as outras experiências grupais é que se pretende *desbloquear* sentimentos e sensações a partir de uma cena original. Aqui é mais importante este desbloqueio do que a análise de uma cena. "Desbloquear não é catarse. O desbloqueio teria a ver com a mudança de intensidades, como de qualidade na ação ou no comportamento, teria que estar se traduzindo em afazerem e práticas

diferentes. O bloqueio seria intensidade capturada.” (KESSELMAN; PAVLOVSKY, 1991, p. 44). Assim, possibilita-se agenciar diferentes formas de pensar que nos permitam mais pontos de vista para nossa realidade. "Deve-se acoplar permanentemente e singularizar contextualmente" (*idem*).

Para o nosso trabalho, que propõe uma produção de conhecimento coletiva com um grupo, experienciar a Multiplicação Dramática nos serviu como um disparador dos modos de sentir, para a partir deles pensar, falar e escrever sobre o que fazemos na prática cotidiana nas Residências Terapêuticas. Produzir conhecimento a partir do que nos faz sentido. Afetarmo-nos pelo tema. Entender o dispositivo grupal como uma máquina, que, posta em ação nas cenas, não só põe em ação a noção de diferença, como também produz diferenças (MIYAHARA, 2011).

(...) o dispositivo é uma máquina que realiza operações de disposições e de produção de enunciados, em que tem uma polaridade que lhe provê uma constância, um enquadramento e outra que lhe provê um potencial de fluidez, de escape, de produção de linhas de fuga, possuindo assim uma tetralência: conteúdo e expressão (eixo horizontal) e territorialização e desterritorialização (eixo vertical). Os enunciados, discursos, afetos e intensidades são resultantes dos processos de operação desta maquinaria concreta, conectada à atualização de uma máquina abstrata, virtual, que responde por uma lógica magmática, rizomática. (HUR, 2012, p. 21)

A Multiplicação Dramática nos possibilitou fazer um desenho na intervenção que incluísse a dramatização psicodramática, mas com uma disposição ético-político-metodológica para o coletivo. A partir dessa experimentação, pela ação dramática multiplicada no coletivo, realizamos um processamento, uma discussão mais didática do que ocorreu e, a partir daí, começamos uma produção de escrita coletiva.

3. Processamento e Escrita Coletiva

Processamento é como chamamos a etapa didática de uma sessão no Psicodrama. Como já foi dito, temos três etapas na condução dos trabalhos: aquecimento, dramatização e compartilhamento. A etapa de processamento apenas acontece em contextos didáticos e fora do âmbito da sessão, na qual podemos refletir teoricamente o

que foi vivido. Segundo Aguiar e Tassinari (1999) é uma "ampliação da experiência para o plano cognitivo" (p. 113).

Uma das estratégias do processamento é iniciar com um relato factual do vivido, em que se descreve a sequência dos acontecimentos. Este relato em si já constitui uma primeira compreensão, pois, mesmo sendo descritivo, estamos, a rigor, selecionando e organizando os detalhes de acordo com algum critério, explícito ou não (AGUIAR, TASSINARIA, 1999).

Esse critério pode ser a atuação do diretor, a atuação dos egos auxiliares, a unidade experimental, o protagonista, a temática, a sociodinâmica grupal e a teoria (AGUIAR, TASSINARIA, 1999).

Com o tema predeterminado devido aos objetivos da pesquisa, o processamento aqui buscou compreender como o grupo experimentou dramatizar o cotidiano do trabalho a partir dos elementos que os participantes destacaram. Ou seja, como o tema foi desenvolvido: "estado inicial caótico, um clareamento gradativo de conceitos, o surgimento das divergências, as informações transformadoras, e quantos outros fenômenos que permitam traçar a trajetória do conhecimento adquirido" (AGUIAR, TASSINARI, 1999, p. 123).

Interessou-nos também observar a relação do grupo com o tema, o impacto que este provocou na sua dinâmica, incluindo uma leitura sociométrica das relações interpessoais e do tema. Levando em consideração que um dos critérios para estar presente no nosso grupo foi o desejo de participação, o que nos leva a crer que, ao menos em relação ao tema, as escolhas eram positivas.

Esta etapa foi o disparador das discussões para a produção coletiva de conhecimento.

A metodologia do psicodrama, ao propor a construção de um contexto dramático, ou de uma realidade suplementar objetivada pela ação dramática, depois, possibilitando um compartilhar e o refletir sobre o que foi construído, cria um espaço que permite se evidenciar e se apropriar dessas transversalidades. (CONTRO, 2004, p. 120).

É o que Amato (2005) fala: "entender com a alma para sentir com o intelecto" (p. 201).

Esse momento didático também foi muito importante para o grupo reforçar o contrato de trabalho que tínhamos, incluindo a questão do sigilo das questões pessoais e profissionais ali expostas, estimulando uma a rede de confiança entre os participantes que extrapolou as linhas do grupo/pesquisa, dando sustentabilidade para os desdobramento e mudança de estratégia do grupo que aconteceu depois do Grupo Participativo.

Como produto dos nossos encontros, propusemos a produção de um texto coletivo sobre as ferramentas discutidas. Entendemos que o ato de escrever pode ser o passaporte que nos leva à compreensão do mundo, à reflexão da vida, o traço que atravessa uma folha de papel, o tempo, o imaginário e o criativo (JESUS, PEZZATO, ABRAHÃO, 2013).

Para a construção dos nossos textos seguimos o seguinte desenho: depois do processamento do vivido no encontro anterior pela dramatização da ferramenta, solicitei que cada integrante escrevesse num papel o que mais lhe afetou durante toda a experiência e o que gostaria de escrever no texto coletivo.

Quase como uma função de diário de campo, mas aqui com o objetivo de provocar uma reflexão, no primeiro momento, num plano individual. No encontro seguinte, de posse do que se escreveu, juntamos os participantes em duplas para compartilhar e discutir o que foi escrito e suas afetações. A partir daí, produziu-se um segundo texto, escrito a quatro mãos, que era depois compartilhado com outra dupla, formando um grupo de quatro participantes. Produziu-se, assim, um terceiro texto que em seguida disparava a discussão com o grupo todo, e decidia-se como iríamos compilar essas produções e o que acrescentar a elas. A ideia desse desenho considerou os aportes do diário de campo coletivo³¹.

Utilizamos essa estratégia também por entendermos que o trabalho em subgrupos provoca o estabelecimento de conexões entre a diversidade do material produzido até aquele momento e se constroem possibilidades de novas linhas de sentido, distinguindo as insistências do vivido pelo grupo (FERNANDEZ, 2008).

³¹ Produzido em parceria com pessoas que querem aprofundar/pesquisar/refletir sobre o mesmo tema. "Cada um faz seu diário, explorando o tema escolhido (teoricamente ou na prática) que, posteriormente, estabelece-se uma troca de correspondências destes diários, instalando-se uma produção intelectual comum." (JESUS; PEZZATO; ABRAHÃO, 2013, p. 209).

(...) os participantes realizam uma experiência que não se encerra em si, que não fala por si mesma. O momento discursivo da roda de comentários vai desdobrando impressões, tramitando afetações e em seu devir se criam as condições de conexões e desconexões, de novos agenciamentos que vão diagramando traços que unem elementos de uma cena com elementos de outras, construindo possíveis sentidos. (FERNANDEZ, 2008, p. 149)

Um trabalho coletivo de criar sentido a partir das cenas, imagens, afetações que a experiência da Multiplicação Dramática proporcionou.

Na produção dos textos, demos uma centralidade no trabalho com cenas, pois evidenciava com mais vivacidade as práticas e os processos de trabalho. A cena faz farte da estrutura de pensamento do ser humano, pois pensamos em cenas (AMATO, 2005). Para Massaro (1996) as cenas nos colocam em contato com os nossos estranhos internos, nossas indeterminações, permitindo que a singularidade se faça presente pelo contato com o diferente, algo de uma ordem afetiva que possibilita (re)organizações, (re)significações, (re)composições... As cenas falam de memória dos fatos, mas têm a intensidade das emoções e, por isso, trabalhar com elas nos permitiria fazer uma integração mais profunda do que não foi elaborado e nos traria uma reflexão maior sobre as possíveis contradições entre fatos e conceitos (MASSARO, 1996).

Bouquet (1977) apresenta uma noção que nos é bastante interessante e que iremos utilizar na análise do material produzido pelo Grupo, a ideia de *pensamento em cena*, que seria a influência mais direta da nossa imaginação, diferenciando-se do pensamento em palavras, que estaria mais na ordem de um processo racional.

Para o autor existem sete tipos de pensamentos em cena: (1) uma visão geral de uma cena a partir de fora, como no caso de um espectador de um filme, pode ter ou não afeto com os personagens de forma consciente; (2) uma visão que aparece de uma forma instantânea, uma imagem que a pessoa sabe que é muito significativa sobre um assunto pensado, e tem certeza que essa visão é parcial; (3) o sujeito observa e sente como um dos personagens, sua visão (ou seu ponto de vista) é parcial e comprometido, pode não ter a percepção das visões opostas ou simplesmente diferente; (4) semelhante ao modo anterior, mas vista de fora de um dos personagens, localizado perto dele, como uma espécie de companheiro, um protetor, pode também não ter consciência de diferentes pontos de vista; (5) o sujeito sente uma forte afeição, mas sem um imagem ou algo muito

vago ou simples, pode parecer pensativa ou precisa amadurecer para ser capaz de ter uma ideia mais clara da visão; (6) quando se experimenta qualquer sensação corporal como uma dor; (7) é a visão para apresentar uma memória de experiências pessoais passadas, às vezes cheia de angústia, vergonha, etc. (BOUQUET, 1977).

O trabalho de dramatização no Psicodrama sempre começa com um desses tipos de pensamento em cenas. Digamos que é o aquecimento imaginário do sujeito que está prestes a dramatizar. Para desenrolar este pensamento em cena, vai-se construindo entre os envolvidos (diretor e protagonista) a seleção da cena que está no pensamento do sujeito; descrição do contexto, o argumento da cena, com coordenadas temporais, espaciais, personagens, afetos, interações e diálogos presentes; definir onde/quando/com quem se deseja começar a cena (BOUQUET, 1977).

Ainda com relação à cena psicodramática, para Guattari (1992) ela possibilita uma múltipla superposição da enunciação: “uma visão de si mesmo, enquanto encarnação concreta; um sujeito da enunciação que duplica o sujeito do enunciado e a distribuição dos papéis; uma gestão coletiva do jogo; uma interlocução com os comentadores dos acontecimentos; e, enfim, um olhar-vídeo que restitui um *feedback* o conjunto desses níveis superpostos.” (p. 18)

Dessa forma, usaremos cenas no processo de escrita também: tanto para as cenas que foram dramatizadas no Grupo, quanto para as cenas que construímos como estratégia narrativa, a partir de fragmentos de falas e de acontecimentos vividos pelo grupo.

Com essa caixa de ferramentas em mãos, montamos nosso dispositivo e a seguir iremos apresentar como foi o processo de experimentação da pesquisa no território.

4. Desenho do Dispositivo Grupo Participativo

Tomando como referência as pistas ético-político-metodológicas das pesquisas participativas, a minha experiência como psicodramatista e o objetivo de iniciar um processo de discussão sobre a reabilitação psicossocial nas Residências Terapêuticas, fizemos o seguinte desenho para a organização de um grupo de trabalho que chamamos de Grupo Participativo:

- Participação voluntária de 16 profissionais³² que estivessem ligados às Residências, ou seja, ATs, referências técnicas³³ e referências terapêuticas dos moradores. Construímos o grupo na direção da transversalidade, provocando diversas formas de encontro com diferentes atores, diferentes funções, diferentes hierarquias, com o objetivo de juntos construirmos um conhecimento acerca das Residências Terapêuticas. Apostamos num dispositivo grupal que fosse aberto permanentemente a novas conexões. Tanto para a entrada de novos integrantes quanto para mudanças de estratégias do grupo.

- Encontros semanais de duas horas de duração, cada encontro teve um plano de ação, mas o seu desenvolvimento estava a cargo do grupo.

Os encontros foram planejados conforme o seguinte esquema: um primeiro encontro para iniciar um processo de integração do grupo e fazer o levantamento e seleção das ferramentas com que iríamos trabalhar ao longo da experiência. Uma vez selecionadas, criamos um *set* de trabalho com quatro encontros para cada conjunto de ferramentas: vivência pela Multiplicação Dramática (um encontro), processamento (um encontro), produção da escrita (dois encontros) (O quadro informativo deste desenho encontra-se no Anexo 1.).

O processo de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa demorou mais do que esperávamos. Primeiro porque houve um atraso institucional que estava fora do nosso alcance. Segundo, porque o projeto, principalmente pela sua proposta metodológica, provocou alguns questionamentos quanto às autorias dos textos, o sigilo dos nomes dos participantes e às formas de registro que iríamos utilizar. Escolhemos utilizar o diário de campo durante todo o processo da pesquisa e gravação em áudio (com transcrição logo em seguida) especificamente para o Grupo Participativo³⁴.

5. Processualidade do Dispositivo Grupo Participativo

Apresentamos a proposta de intervenção à coordenação de saúde mental de São Bernardo do Campo, que convidou alguns gerentes de CAPS e algumas referências terapêuticas dos moradores para discutirmos o projeto. A proposta foi bem aceita

³² A escolha pelo número de 16 participantes foi para facilitar a coordenação do grupo, principalmente na produção coletiva do texto.

³³ Chamaremos de referências técnicas os profissionais do CAPS que fazem o apoio técnico/administrativo das Residências em São Bernardo, como uma função de coordenação.

³⁴ CAAE: 40014314.1.0000.5482.

principalmente porque, como já falamos antes, a rede de saúde mental estava discutindo a questão das Residências em diferentes frentes desde o aumento do salário dos ATs. A única modificação significativa foi que, no projeto inicial, os participantes eram apenas ATs e referências técnicas, mas, depois desta reunião, incluímos também as referências terapêuticas dos moradores. Isso aconteceu porque a RAPS de São Bernardo estava caminhando na direção de extinguir a função coordenação das referências técnicas, para que as funções administrativas e de coordenação passassem a ser feitas pelo gerente do CAPS, e as referências terapêuticas assumiriam, além do cuidado com o morador, um cuidado com a RT e sua dinâmica. Essa proposta de modelo de gestão e cuidado vai na direção de promover maior autonomia na RT, para que assim ela passasse a ser mais casa do que serviço³⁵.

Com a pesquisa devidamente autorizada pelo Comitê de Ética e pelo município (Anexos 2 e 3), apresentei mais uma vez o projeto à apoiadora institucional da rede de SBC (que seria a minha referência na rede) e recebemos a autorização para convidar os participantes.

Primeiro fomos aos três CAPS que possuem RTs e convidamos as referências e ATs para participarem. Cada CAPS teve uma forma diferente de fazer a apresentação e o convite, o que já nos indicou a diversidade de modelos de gestão que iríamos observar. O CAPS Centro me incluiu no grupo de discussão sobre Residências e realizou um encontro com todos os ATs das três casas ligadas ao CAPS para iniciar uma discussão sobre o trabalho dentro das casas³⁶. Em um desses encontros, apresentei a pesquisa e peguei o contato dos interessados. No CAPS Farina, a apresentação foi durante uma reunião técnica do serviço, na qual estavam presentes as referências técnicas das duas RTs que estão ligadas a esse CAPS e uma AT. Essas referências apresentaram a proposta nas casas e depois me passaram o contato das pessoas interessadas. No CAPS Alvarenga a apresentação foi realizada para a gerente (recém-chegada ao serviço) e uma referência

³⁵ Iremos na Linha 6 discutir mais sobre esse posicionamento da gestão de SBC e seus efeitos.

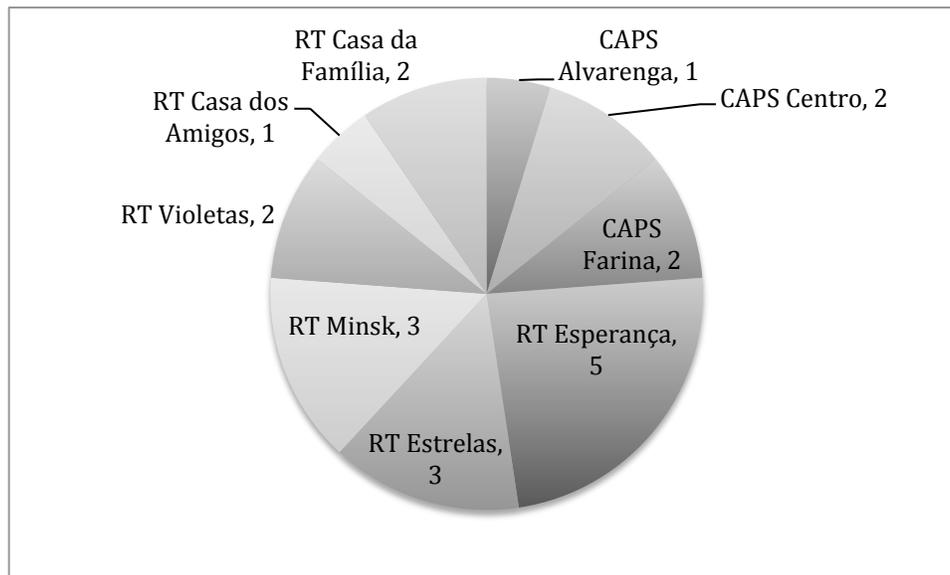
³⁶ Esses encontros eram uma iniciativa do CAPS Centro que começava a modificar o modelo de gestão das RTs, o objetivo era proporcionar um espaço de encontro para as três casas uma vez por mês. Ao decorrer da minha participação nesse grupo, foram realizadas apenas três encontros (um com a presença da coordenadora de saúde mental). Acredito que o principal motivo desse número reduzido de encontros aconteceu por problema de agenda dos profissionais que os organizavam.

terapêutica, que, assim como no Farina, apresentaram para os ATs numa reunião e depois me passaram o contato dos interessados.

Confirmei a participação de todos os interessados por telefone e marcamos nosso primeiro encontro com 16 profissionais: pelo menos um AT de cada Residência e pelo menos uma referência técnica e/ou terapêutica de cada CAPS. Preparamos um material para o primeiro dia de encontro que possuía uma pasta classificadora, bloco de notas, caneta, o projeto de pesquisa completo, cronograma dos encontros e o Termo de Esclarecimento e Livre Consentimento (Anexo 4).

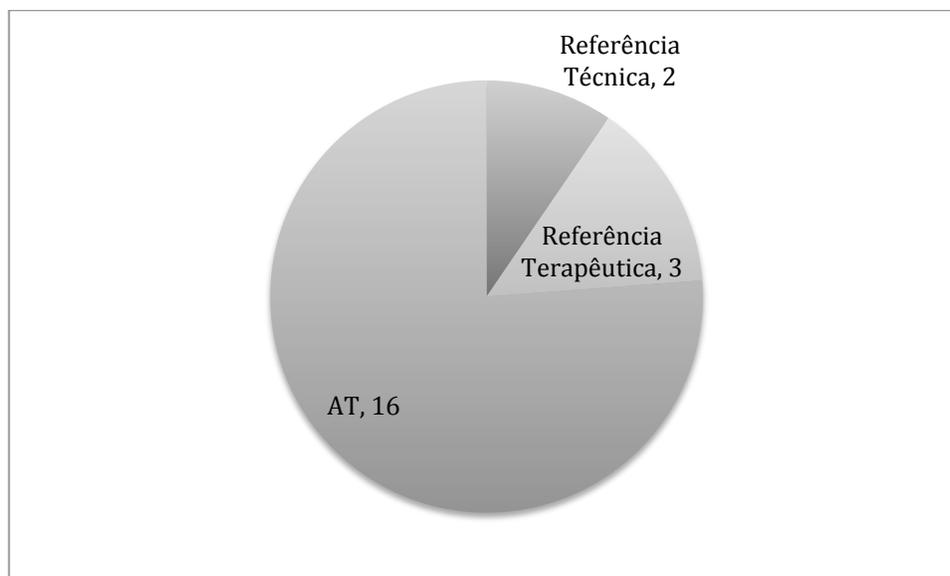
Os gráficos abaixo (Gráfico 1 e 2) mostram a participação dos profissionais por serviço e por função. Notem que o número total é de 21 participantes e não 16. Esse aumento se deu devido à desistência de alguns participantes e entrada de novos no decorrer do Grupo.

Gráfico 1: Profissionais Inscritos no Grupo Participativo por Serviço



Fonte: própria autora

Gráfico 2: Profissionais Inscritos no Grupo Participativo por Função

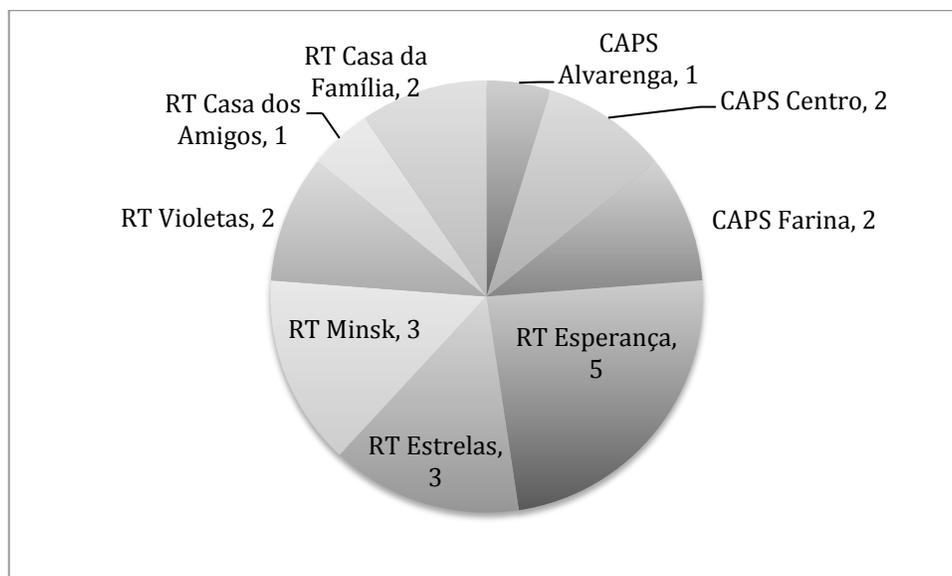


Fonte: própria autora

Notamos pelos gráficos uma participação significativa de ATs, principalmente da RT Esperança. Esta predominância se mostrou também pelo conteúdo dos temas discutidos pelo Grupo, no qual boa parte era sobre as singularidades desta casa (o que será discutido na Linha 6).

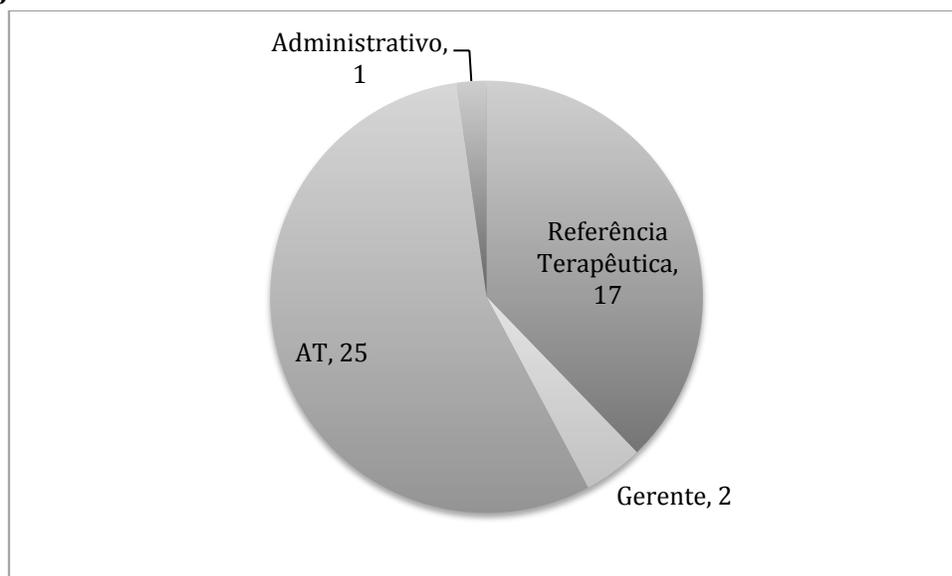
O Grupo Participativo seguiu com o desenho proposto por 12 encontros, no qual produzimos um texto coletivo e uma apresentação em Power Point (a descrição dos temas dos encontros encontra-se no Anexo 5). Nos últimos encontros o Grupo decidiu mudar a estratégia, descentralizando os encontros e convidando mais profissionais para discutirmos o PTS dos moradores, é o que aqui na tese chamamos de Fase 2. Nesta fase foram 13 encontros, com a participação no total de 45 profissionais (a descrição dos encontros encontra-se no Anexo 5). Nos Gráficos 3 e 4, está discriminada a participação por serviços e funções.

Gráfico 3: Fase 2 – Discussão de PTS – Participantes discriminados por serviços



Fonte: própria autora

Gráfico 4: Fase 2 – Discussão de PTS – Participantes discriminados por função



Fonte: própria autora

Apesar da ausência dos profissionais do CAPS Farina e das RTs Casa dos Amigos e Casa da Família (será discutido mais sobre esse fato na Linha 6), notamos pelos gráficos que a participação dos profissionais aumentou consideravelmente, destacando-se a presença dos gerentes e do administrativo. Pelo que podemos avaliar que, mesmo com a

ausência sentida de mais referências terapêuticas, alcançamos o nosso objetivo de discutir sobre o PTS com mais profissionais da rede. Observamos também a ausência das Referências Técnicas nesta Fase 2, porque esta função deixou de existir nesse período da pesquisa e quem continuou na rede, passou a ser referência terapêutica.

Para entendermos essa trajetória, iremos agora apresentar a pesquisa em sua processualidade e seus desdobramentos, para nas próximas Linhas nos dedicarmos ao conteúdo que foi produzido pelo Grupo e seus analisadores.

Como dissemos anteriormente, no primeiro encontro iniciamos a integração do grupo utilizando jogos de aquecimento e dramatização, auxiliando os participantes a se conhecerem, a construir cenários juntos e a compartilhar seus sentimentos. Iniciando, assim, um contexto grupal que criará uma rede de sustentação e confiança de que o grupo precisa para trabalhar com o tema proposto pela pesquisa.

Esta rede de continência é extremamente importante para que as pessoas se sintam seguras e confortáveis para falar, dramatizar e escrever sobre seu trabalho na RT, que é bastante íntimo e delicado, no qual muitas vezes as esferas da vida particular e profissional se misturam.

Essa noite lá em casa... Eu falo “lá em casa” (risos). (AT, Grupo Participativo, Encontro 1)

O tema de fundo para os jogos e dramatizações desse primeiro encontro eram as palavras que falavam das ferramentas da reabilitação psicossocial dos moradores no cotidiano. Essas palavras foram levantadas através de um jogo psicodramático, no qual os participantes fizeram um exercício interno de revisitar o seu cotidiano na casa e listar palavras que eles identificaram como ferramentas do trabalho na reabilitação psicossocial nas RTs. Partimos de uma lista longa e espontânea até afinarmos para uma palavra por participante. Chegamos ao final com as seguintes palavras: amor, cuidado, respeito, afetividade, carinho, fazer juntos, catalisador, desafio, inserção social, atitude, responsabilidade, paciência, companheirismo, dedicação e satisfação.

Agrupamos essas palavras pela proximidade de sentidos, formando cinco grupos. A partir desse agrupamento, os participantes que as escolheram construíram uma cena

com começo, meio e fim, para dramatizar. Por último, selecionamos a ordem desses agrupamentos de ferramentas com que gostaríamos de trabalhar, seguindo o desenho Multiplicação Dramática → Processamento → Oficina de escrita. A sequência foi: (1) amor, cuidado, respeito, afetividade e carinho; (2) fazer juntos, catalisador, desafio e inserção social; (3) atitude e responsabilidade; (4) paciência e companheirismo; e (5) dedicação e satisfação.

O primeiro agrupamento foi trabalho de acordo com o nosso desenho do projeto, porém, entre a vivência e o texto final, tivemos mais dois encontros que chamamos de “desabafos” (no total foram seis encontros). Estes desabafos foram acolhidos pelo Grupo, um vez que não há espaços na rede onde estes trabalhadores (principalmente os ATs) possam discutir sobre as questões cotidianas do serviço. Além de estar coerente com nossa postura ético-metodológica de acompanhar o movimento do grupo.

No segundo agrupamento, uma discussão sobre a frequência dos participantes (que naquele momento estava caindo) e sobre como poderíamos utilizar aquele espaço para algo que fizesse sentido para o Grupo se fez importante. Estávamos discutindo a ferramenta *fazer juntos* e percebemos que era fundamental convidar mais atores para a nossa discussão, principalmente mais referências terapêuticas dos moradores nos CAPS. A partir daí, o que seria a etapa de produção de texto transformou-se numa discussão de mecanismos de articulação entre a RT e o CAPS.

Descobrimos que, enquanto estávamos discutindo o PTS, a gestão tinha acabado de finalizar um novo documento unificado para rede. Nesse momento o Grupo decidiu fazer diferente esse processo de convidar as referências terapêuticas. Descentralizamos os encontros para subgrupos organizados nas Residências, nos quais convidaríamos as referências terapêuticas dos moradores da casa para discutir o documento do PTS junto com os ATs (modelo do documento em Anexo 7). Esta foi o que chamamos de Fase 2 e os encontros estão descritos no Anexo 6.

Depois dessa fase, afastei-me do território por um período de 3 meses e meio para acompanhar uma pesquisa sobre Residências Terapêuticas em Londres, mas mantivemos contato pelo grupo de WhatsApp que criamos. Com o meu retorno ao Brasil, tentamos agendar alguns encontros para darmos continuidade aos três agrupamentos de ferramentas que faltavam, mas o clima em São Bernardo estava tenso devido à perda da

eleição do partido para prefeito, fazendo com que o tema entre os trabalhadores fosse a transição das coordenações (esse contexto político será mais detalhado nas Considerações Finais).

Dessa forma, voltei apenas a São Bernardo para entrevistar a coordenadora de saúde mental, fiz visitas em algumas reuniões de equipe das RTs para tirar algumas dúvidas, acompanhei festas e, infelizmente, alguns velórios de moradoras, os quais reforçaram a nossa percepção da intensidade do vínculo que os ATs estabelecem com os moradores, borrando muito os limites dos papéis profissionais e pessoais.

Esse foi o percurso que fizemos para a coconstrução desta pesquisa. Seguindo uma postura ética da cartografia e levando ao máximo possível a proposta participativa da pesquisa, a nossa produção será discutida aqui pelos analisadores que foram surgindo ao longo do processo, alguns foram discutidos com o grupo quando percebidos em ato, para outros a percepção só surgiu no momento da escrita da tese.

Ao propormos uma pesquisa que tivesse esse desenho e metodologia, experienciamos durante todo o processo a questão da participação. Entendíamos que cada membro do grupo tinha um *'status'* de pesquisador e que nosso caminhar seguiria o coletivo. Incluímos o estranhamento, a surpresa, o imprevisível no processo e isso nos colocava em análise o tempo todo, e, talvez por isso, o convite a novos participantes estava sempre em pauta até o desdobramento do Grupo Participativo para encontros locais, em cada RT, numa tentativa de chamar mais ATs e, principalmente, mais referências terapêuticas a participarem da nossa construção de conhecimento sobre o cuidado nas Residências.

Linha 5: Saberes e Afetos na Prática Cotidiana nas Residências Terapêuticas

De agora em diante, iremos focar no conteúdo produzido pelo Grupo Participativo. Aqui apresentaremos noções de cuidado no cotidiano das Residências Terapêuticas a partir de vivências, discussões e do material produzido pelo Grupo em articulação com a reabilitação psicossocial.

Tomamos esse tema como norteador por ele estar presente no projeto de assistência na Saúde Mental e em especial nas RTs. Na portaria que institui as Residências como serviço SUS em 2000 esta é a direção de cuidado:

[Cabe ao profissional do SRT a realização de] atividades de reabilitação psicossocial que tenham como eixo organizador a moradia, tais como: auto-cuidado, atividades de vida diária, frequência de atendimento em serviço ambulatorial, gestão domiciliar, alfabetização, lazer e trabalhos assistidos, na perspectiva de reintegração social (BRASIL, Portaria 106/2000).

A nossa pergunta era: como os profissionais de saúde mental (ATs e referências terapêuticas) entendem esse tema e quais seriam as ferramentas utilizadas na prática cotidiana com os moradores?

No tratamento do nosso material, separamos o conteúdo produzido pelo Grupo Participativo em duas partes: saberes e afetos na prática cotidiana; e a inseparabilidade da gestão e atenção. Nesta Linha, nos dedicaremos ao tema do cuidado, na qual apresentaremos cinco vetores de saberes e de afetos, são eles: vínculo produzido a partir do encontro com trabalhador de saúde mental e morador de RT, limiares do encontro – turbulência e crises nas RTs, alegria de conviver, responsabilização e modificação do trabalhador com o encontro com a Residência Terapêutica. Nossa narrativa privilegia a apresentação das cenas, conversas e textos produzidos no Grupo em diálogo com a literatura da reabilitação psicossocial.

Nossa principal hipótese é de que o hibridismo casa-serviço que a RT possui provoca uma outra noção de cuidado na Saúde Mental, longe das formas de produção de subjetividade serializadas dos hospitais psiquiátricos, mas que põe em jogo uma multi-implicação ético-político-clínica. Colocando, assim, o trabalhador que está ligado a esse

equipamento numa experimentação de múltiplos papéis – trabalhador/gestão, materno/paterno/fraterno. Quanto mais espaços na rede para discussão e construção do cuidado de forma compartilhada, mais potente será o trabalho nesse equipamento.

1. Reabilitação Psicossocial: ferramentas do cuidado

“(...) cuidar não é uma noção lisa ou que possa ser entendida sem tensões ou problematizações.”
(LANCETTI, 2010, p. 96)

Ao longo do tratamento do material produzido pelo Grupo, fomos percebendo que, apesar de termos trabalhado numa sequência de palavras levantadas pelos participantes, os temas do cuidado se entrelaçavam durante nossas discussões, com uma intensidade muito grande de afetos e de conteúdos. Desta forma, para facilitar nossa apresentação aqui, registramos as insistências e iremos mesclar cenas dramatizadas no Grupo (as cenas da Multiplicação Dramática serão apresentadas como um todo – cena do protagonista mais suas ressonâncias), cenas compartilhadas e vividas, e também reflexões teóricas que foram disparadas.

a) Vínculo/Encontro entre Trabalhadores de Saúde Mental e Moradores de Residência Terapêutica

Abriremos nossa discussão com uma cena/música que se repetiu diversas vezes durante nossos encontros no Grupo:

Cena – Lepo Lepo:

Ana, Amélia (ATs) e Falcão (morador) estão numa avenida passeando. Estão procurando um sapato para Falcão.

(Ana)

Olha esse sapato Falcão! Gostou dessa loja?

(Falcão)

Sim!

(Ana)

Vamos entrar? Vamos lá ver o preço primeiro...

Os três entram na loja de sapatos. Quando eles estavam olhando as opções, começou a tocar a música Lepo Lepo do Psirico [plateia começa a cantar a música]

(Plateia fazendo som ambiente)

Eu não tenho carro / Não tenho teto / E se ficar comigo é porque gosta / Do meu /
Rá rá rá rá rá rá rá / Lepo Lepo / É tão gostoso quando eu / Rá rá rá rá rá rá / O
Lepo Lepo

Enquanto a música toca, Falcão começa a dançar a coreografia da música no meio da loja, deixando a vendedora sem graça. Percebendo o que estava acontecendo, Ana e Amélia começaram a dançar com ele também. Aos poucos todos da loja começaram a se aproximar deles, cantar e bater palmas. No fim da música todo mundo bateu palmas para eles. Vendedora pensa alto:

(Vendedora)

Surreal essa cena!

Como trabalhar com Reabilitação Psicossocial no cotidiano com os moradores? São momentos como esse, dramatizados com bastante alegria, que nos mostram várias apostas: primeiro o sair com o morador para ajudá-lo a comprar um sapato, entrar na loja, pesquisar o preço, ajudar a escolher, estar presente para o que ele precisasse, mas não fazer tudo isso por ele. E, nessa cena, percebendo o olhar meio atravessado das pessoas na loja, ele “precisou” de uma ajudinha; as ATs não tiveram dúvida de se porem ao lado do morador e dançarem com ele.

A cena que a gente fez mostra muito como é o trabalho mesmo. Nós estamos tanto com eles ao ponto de defender de um olhar ou coisa desse tipo e o quanto está incorporado essa questão da saúde mental. Não mexam com ele, se mexer vocês estão ferrados (risos). E é isso! Ao ponto de entrar numa loja e fazer com que ele se sinta bem e que isso seja aplaudido por todos. Aí aquele olhar que tem uma ponta de exclusão passa a ser outro. Eu fico muito feliz. Ver que as pessoas estão muito próximas da saúde mental. Estão próximos dos moradores. É fazer um pouco o desejo de cada um. Faz a diferença. (Referência Terapêutica, Grupo Participativo, Encontro 1)

Essa disposição de estar ao lado do morador provoca um efeito de confiança do morador com os trabalhadores, quando o vínculo pode ser uma ferramenta potente para o cuidado na saúde mental.

Cena – Cuidado dos Moradores com os ATs

A cena acontece na Residência. Ana está lavando o quintal. Atrás dela, Irerê (um morador) estava observando-a da porta da cozinha e Emu (outro morador) estava encostado na parede, com um rodo na mão, esperando a hora de ajudar a secar o chão do quintal.

De repente, Ana escorrega e cai:

(Ana)

Emu, me ajuda!

Os dois moradores foram correndo ajudá-la a se levantar do chão.

(Ana)

Ai... Deixa eu sentar um pouquinho...

Os moradores ficaram fazendo carinho nela, enquanto ela estava sentada.

(Irerê)

Tá bem? Tá bem? Tá bem? Tá bem?

(Ana)

Estou bem, eu só preciso sentar. Agora estou bem, agora estou muito bem, gente. Muito bom me sentir tão acolhida por vocês. Eu não imaginava receber tanto carinho de vocês.

A cena termina com Ana sentada na cadeira no quintal e os moradores (um de cada lado) segurando as mãos dela.

Cena-Ressonância 1:

Amélia (AT) está preocupada com o quadro de uma moradora que não está bem. Ela não pode fumar, mas insiste em fumar e todas as outras moradoras fumam, o que não ajuda. Pensa em voz alta:

(Amélia)

Ou a gente faz as coisas ou fica o dia inteiro em cima dela, então está difícil de lidar com essa situação. Complicado.

C-R 2:

Renata (assistente social e referência terapêutica) entra no cenário como uma referência técnica que chega na Residência depois de do tombo da AT. Faz gestos de apreensiva, preocupada. Pensa em voz alta:

(Renata)

Eu chego na casa e vejo a AT machucada, preocupação dos moradores e com ela, preocupação dela ter sofrido algo mais grave, uma fratura ou de repente um hematoma que a gente não está vendo. É minha preocupação com os outros moradores que também estão preocupados com o tombo. Na verdade, essa cena me remete ao que aconteceu com uma moradora e uma AT. Desesperada, a outra

AT também desesperada, todos desesperados e eu ali tentando ver o que eu podia fazer para amenizar a situação, naquele momento. O meu desespero de tentar fazer, de alguma forma, uma acolhida, tanto pros ATs, que passam por situações difíceis, quanto pros moradores da casa que também estão meio nervosos.

C-R 3:

Adriana (AT) veio correndo para o quintal quando ouviu o tombo. Pensa em voz alta:

(Adriana)

Ao ouvir o barulho da queda, venho correndo, desesperada para saber o que está acontecendo. Estou assustada.

C-R 4:

Roberta (enfermeira e referência terapêutica) entra no cenário como uma AT, bem devagar, pensativa... Pensa alto:

(Roberta)

Estou cuidando de um morador da Casa Esperança que cai muito e todo mundo tenta ajudar ele quando ele cai. E isso aflige a equipe. Principalmente de tentar entender porque ele cai tanto. Uma angústia, essa cena me traz uma angústia.

(Multiplicação 1): *uma AT levanta-se e dá um beijo em uma colega de trabalho.*

(M2): *uma AT chama uma pessoa da plateia e fala: “Ai Meu Deus do Céu!”*

(M3): *uma AT vai até o centro do palco e fala: “Afe!”.*

(M4): *uma AT começa a fazer um gesto de “autoabraço”. Depois abraça uma colega de trabalho que está na plateia. Essa pula no colo dela e todos começam a rir.*

(M5): *uma AT fala no centro do palco: “O que eu faço agora?”*

(M6): *uma AT vai no centro do palco e começa a falar “Vem você também. Como você é grande e eu sou pequenininha, ele faz isso para me abraçar”. E mostra para a colega como um morador abraça ela, quase levantando ela. Então, em seguida, a AT fala “Ai... Estou com saudade!”. E os dois se abraçam.*

Muitos abraços, muito carinho entre os participantes, num clima de afeto, elas lembram de músicas que compõem o clima de afinidade que estava ocorrendo no Grupo, e o Lepo Lepo volta a ser cantado e dançado no Grupo.

Música³⁷ 1: “Lepo Lepo” de Pisirico

Rá rá rá rá rá rá rá
Lepo Lepo
É tão gostoso quando eu
Rá rá rá rá rá rá rá
O Lepo Lepo

Música 2: “É Preciso Saber Viver” do Titãs

É preciso saber viver
É preciso saber viver
É preciso saber viver
Saber viver, Saber viver

Música 3: “Maluco Beleza” do Raul Seixas

Vou ficar
Ficar com certeza
Maluco beleza
Eu vou ficar
Ficar com certeza
Maluco beleza
Eu vou ficar
Ficar com toda certeza
Maluco, maluco beleza

Música 4: “Você” do Tim Maia

Não não vá embora (3x)
Vou morrer de saudade (3x)
Não vá embora (3x)
Vou morrer de saudade (2x)
Não vá embora
Não vá, não vá
Vou morrer de saudade (2x)

Música 5: “Fui Fiel” de Gustavo Lima

Hoje eu acordei, me veio a falta de você
Saudade de você, saudade de você
Lembrei que me acordava de manhã só pra dizer

³⁷ A letras de música completam estão no Anexo 8, aqui colocaremos apenas as partes cantadas pelo Grupo.

"Bom dia, meu bebê!
Te amo, meu bebê! "

Moreno (1959) fala que a afetividade é o que faz a trama dos fios do tecido da rede social, que direciona e movimenta o ser humano para formação de vínculos. Nas músicas vemos amor, loucura, saudade, querer estar com o outro. A todo momento os participantes do grupo, na sua maioria de ATs, estão ali dizendo: “se quiser ficar *aqui* é porque gosta” (referência à música do Lepo Lepo). Uma forma de tentar *saber viver* diante das adversidades que é a *maluquez* na qual os moradores vivem. De criar vínculos e poder dizer para o morador que têm *saudade* quando não estão no trabalho, que se preocupam quando eles não estão bem, e poder dizer “Te amo” numa relação de trabalho.

Quando a gente foi pra praia, eu estava sem blusa e estava garoa. E um morador estava de manga comprida. Aí ele me olhou assim, me abraçou assim... no meio da rua. Aí me olhou assim e falou: “Você me ama?”. Quebrou minhas pernas... Eu te amo, mas quando você faz coisa errada, eu tenho vontade... (risos). A gente faz as coisas, mas... ele estava me abraçando assim, no meio da rua. Aí eu perdi o chão. (AT, Grupo Participativo, Encontro 5)

Eu trabalho com amor. Quando eu entrei na Residência Terapêutica de Santo André, eu aprendi muita coisa com eles, porque hoje era para eu ser igual a eles, era para eu estar no hospital junto com os moradores, vocês sabem a minha história. (...) Eu não trabalho por dinheiro. Porque tem muita gente que saiu daqui, a gente recebia 800 paus e eu falo, quando você trabalha com amor, meus 800 paus pagava meu aluguel e eu ajudava minha família e sobrava dinheiro para eu ir pra a minha balada. E hoje... muita gente saiu e, quando ficou sabendo que o salario aumentou, “Vamo voltar todo mundo! Vamo encher o bolso de dinheiro!”. Mas e aí? E nossos moradores? Muita gente que não pensa neles. (AT, Grupo Participativo, Encontro 4)

Merhy (s/a.) também fala que a ferramenta de trabalho do profissional de saúde é o vínculo que é estabelecido com ele: “quando um trabalhador de saúde encontra-se com um usuário, no interior de um processo de trabalho, estabelece-se entre eles um espaço interseçor que sempre existirá no seus encontros, mas só nos seus encontros, e em ato.” (p. 5). Poderíamos dizer que, através desse vínculo, ou dessa relação de *amor*, como colocam os participantes do Grupo, é que se efetua o cuidado.

(...) cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do paciente: e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento (ROTELLI, LEONARDIS, MAURI, 1990, p. 33)

Ainda para esses autores, cuidar é um movimento que evita o abandono do paciente a si mesmo em nome de sua liberdade abstrata, ao mesmo tempo que evita impor-lhe objetivos pré-constituídos. Nas Residências o “ato do encontro” (OURY, 1991) é muito intenso e essa sensibilização

(...) é da ordem de uma experiência pessoal numa dimensão de “experientia”, de valorização das competências. Mas essa qualidade relacional requer um meio “trabalhado”, uma ambiência particular onde “possamos ousar nos manifestar”, ter uma certa originalidade sem que isso degenera numa espécie esquisito (...). (OURY, 1991, p. 48).

Estar em estado de vigilância e disponibilidade para exercer a função de acolhimento (OURY, 1991). A cena seguinte foi escrita pelos participantes do Grupo e, toda vez que ela é compartilhada, causa uma emoção nos ATs.

Cena – Mais um dia de trabalho³⁸

Estávamos na sala às seis da manhã, próximo ao sofá. Márcio e Pedro estavam vindo da cozinha, pararam e perguntaram para Maria, que é AT:

- Você está com sono?
- Estou sim...
- Deite na minha cama e descanse até a hora de ir embora.
- Não, tudo bem. Mas obrigada por oferecer.
- Vai, deita!! Vai dormir!! Vai descansar!!
- Não... está tudo bem!
- Dorme! Você precisa dormir, vai, dorme, você pode dormir, eu deixo, deita na minha cama, pode deitar que eu cuido de você. Quando eu estou com sono eu deito e durmo, você também pode, vai dormir, eu deixo.
- Não, meu amor, não quero dormir agora, quando eu chegar em casa eu durmo.

Talvez por ser um cuidado da ordem do íntimo, do simples, de constante movimento, escrever sobre esse tema nos foi difícil, abriu terreno para muitos desabafos,

³⁸ Cena criada pelo Grupo Participativo. O texto completo encontra-se no Anexo 9.

histórias e discussões sobre a potência e adversidades que esse vínculo provoca no cotidiano do trabalho, como, por exemplo, as cenas de agressões verbais e físicas vivenciadas pelos trabalhadores, limites dessa intimidade do cuidado.

b) Limiares do Encontro: turbulências e crises nas Residências Terapêuticas

Esse grau de proximidade, de intimidade, principalmente na relação morador-AT, vivida no corpo a corpo, tem lugar também nos momentos de crise dos moradores.

Cena – Impacto de uma Contenção

Acontece dentro de uma Residência, todas as moradoras estavam lá (aqui, representadas por três participantes), uma moradora deitada no chão em crise (Mainá), uma enfermeira do CAPS (Carla) que foi fazer o resgate da Mainá e uma AT (Ana).

Mainá estava deitada no chão, em crise e chutando tudo que estava ao seu alcance.

(Mainá *gritando*)

SAI DAQUI!!!

(Ana)

Calma!!!

(Carla)

Vamos Mainá, vamos pro CAPS!

(Mainá)

EU NÃO VOU!!

(Carla)

Calma!! Não precisa chutar! Calma! Calma!

(Mainá)

VOCÊ ESTÁ ME APERTANDO! ESTÁ MACHUCANDO! SAI DAQUI!!

Mainá chuta mais.

(Carla)

Calma! Calma!

Eu, como diretora da cena, peço para congelarem a dramatização e peço para que as participantes que eram as demais moradoras (Petinha, Saira e Taoca), presentes na cena, pensassem alto.

(Petinha)

Meu Deus...

(Saira)

Mainá não está bem...

(Taoca)
Mainá, calma...

Em seguida peço para Mainá, Carla e Ana pensarem alto.

(Mainá)
Sai daqui, meu... Você está me apertando e está me machucando.

(Carla)
Vamos logo! Quero ir embora, que ainda vou pegar o ônibus para ir para Santos!

(Ana)
Meu Deus... Ela está me machucando... Eu não mereço isso... Ela está me machucando, minha perna está doendo...

Os participantes decidem terminar a cena ali, informando apenas a plateia que Mainá foi levada pro CAPS, mesmo com tanta resistência.

Essa cena levanta dois pontos de análise. Primeiro a empatia das moradoras, que vendo a cena conseguem se colocar no lugar dela e sentem que “ela não está bem”. Segundo, o momento da contenção no contexto grupal do trabalho, por um lado nos parece até rotineiro esse momento de tensão, em que o pensamento do trabalhador é: “vamos logo, preciso pegar o ônibus para Santos”, como se o tempo cronológico e o intensivo estivessem conflitantes naquele momento. E para o outro trabalhador, que sente as dores dos chutes levados, pensa o quanto aquela cena está sofrida, inclusive para ele que “não merece isso”.

Tais cenas tomaram por completo alguns daqueles encontros que chamamos de “desabafos”. Foram cenas como essa (de contenção de moradores, de agressões verbais e físicas, principalmente as fora da crise) que dispararam uma série de analisadores das questões mais finais deste encontro.

Num determinado momento, o assunto não mudava e eu puxei: Pessoal, vou propor uma ponte talvez estranha, mas para retomar o foco do encontro de hoje: que ponte há (se há) entre essas situações que estamos discutindo, que são principalmente de violência e agressão, para o nosso atual tema do grupo – amor, carinho, respeito, afetividade e cuidado?. E, claro, o grupo sempre traz a solução, né? Logo responderam: quando se conhece a história desses moradores, na qual eles foram institucionalizados de todas as ordens, quando praticamente não vivenciaram o que é amor, por exemplo, a sensação de "tudo bem" vem. No sentido de quase "eu preciso amar essa pessoa, ou preciso mostrar pra essa pessoa o amor, pois ela nunca conheceu!". Isso vale

para todas as palavras. Fiquei muito com isso na cabeça... É por aí que podemos pensar o cuidado com os "pacientes da rede", vulgo "pacientes difíceis", pela história? Pelo afeto? Elas mesmas falam que o trabalho é de formiguinha, parece que está indo bem e "pá!", vira tudo e volta pro zero, com o agravante de ataques muito violentos, que inclusive me chocam e me colocam também no lugar da pergunta: "O que fazer com esses pacientes/moradores?" (Diário de Campo)

Lancetti (2010) compartilha que, num trabalho de supervisão com os cuidadores de RT em São Paulo, o relato de brigas, de agressões ou de angústias infundáveis foi a marca dos primeiros encontros. Ele escreve:

Arrancados de suas vidas manicomiais, esses sujeitos não podiam habitar uma casa, com vizinhos e uma convivência coletiva sem um verdadeiro desarranjo corporal. Os acompanhantes também foram tirados do senso comum ao terem de conviver com loucos transformados em doentes mentais crônicos que ouvem vozes e expressam seu medo de maneiras inesperadas. (LANCETTI, 2010, p. 92).

Nery (2014) diz que a afetividade, por meio da expressão da agressividade, direciona as relação de poder em três sentidos: a realização dos potenciais criativos dos indivíduos no vínculo e grupos, podendo promover um bem-estar comum, uma assertividade e uma cocriação; a anulação desses potenciais, estimulando a violência e a opressão, por exemplo; e a sua robotização, quando se fomenta uma falta de consciência crítica.

Parece-nos que, quando as cenas de agressões ocorrem num momento de crise do morador ou quando o trabalhador está ciente da história do mesmo, essas cenas são relevadas como “parte do trabalho em saúde mental”, potencializando a criatividade e espontaneidade desses trabalhadores para manejarem a situação e possibilitar outras respostas como “preciso mostrar o que é o amor para esta pessoa que nunca teve afeto na vida”. E elas podem ser demonstradas de diversas maneiras no cotidiano: uma dança na loja, uma troca de “te amo” entre morador e trabalhador, entre um “eu sabia que você ia me achar” quando um morador se perde num passeio, entre um relevar um murro no meio nos peitos e continuar trabalhando como se nada tivesse acontecido.

É uma capacidade de resiliência e de renovação cotidiana muito grande, que só acontece pelo vínculo, matéria-prima dessas ferramentas, colocando o trabalhador nos limites dos afetos, numa relação corpo a corpo, na qual esse corpo às vezes é machucado.

No mundo do cuidado na saúde mental, a afetação acontece quando trabalhadores e usuários se abrem para o encontro, reconhecendo mutuamente como legítimos seus respectivos saberes e expectativas, negociando e construindo de modo compartilhado os projetos de vida. Quando essa abertura existe, os encontros se tornam lugares de manifestação de grandes conflitos e desafios na produção do cuidado (FEUERWERKER, MERHY, 2011). Talvez por isso os conflitos surjam com tanta intensidade nas RTs, pois é o encontro de necessidades, sofrimentos, desejos, valores culturais e religiosos das duas partes, de forma muito intensa.

Lancetti (2010) nos chama a atenção para a noção do cuidado, pois ele pode também ser tóxico, na medida em que pode produzir ações reativas e/ou persecutórias. “Daí a complexidade de cuidar no seio de um coletivo que tem potência de transformação subjetiva cujo objetivo é cuidar para a autonomia.” (p. 93).

Investir em espaço de trocas afetivas e dos processos de trabalho para estes trabalhadores se mostra cada vez mais importante, na direção de enriquecer suas subjetividades de trabalhadores afetivos e de criar dispositivos de processamento permanente da práxis (LANCETTI, 2010). É uma relação de trabalho mais intensiva, se compararmos com outras unidades de saúde, é um trabalho que exige posicionamentos e atitudes que às vezes os ATs não estão seguros para lidar, gerando sofrimento e produzindo diversos atravessamentos no trabalho e na relação com os moradores. “São constantes os questionamentos na equipe sobre ‘direção’ do trabalho e as expectativas em relação às ‘conquistas’ de cada um.” (AMORIM, 2008, p. 151).

c) Responsabilização

Quando estávamos trabalhando o tema do *fazer juntos* no Grupo, o vetor da responsabilização³⁹ apareceu muito forte, em todos os sentidos: ATs no cuidado com os

³⁹ Tomamos essa noção, com o mesmo entendimento que Saraceno (1999) utilizou para falar da reabilitação psicossocial. Para ele, é tornar pacientes em atores sociais, promover a *participação*, modificar as regras do jogo, de maneira que desse participassem “fracos e fortes”, em trocas permanentes de competências e interesses.

moradores, na possibilidade de fazer o morador também se responsabilizar pelo seu próprio cuidado e do trabalho compartilhado com as referências terapêuticas.

Cena – Casa “sozinha”

Estão numa Residência Terapêutica três moradores (Bicudo, Xexéu e Zarro) e uma AT (Ana). Ana está sozinha na casa e precisa ir com Bicudo no INSS, ela espera até o horário do próximo plantão para a colega chegar e não deixar a casa sem AT. O horário chega, eles precisam sair, mas a AT (Amélia) não chegou ainda. Ela resolve deixar os moradores sozinhos.

(Ana)

Meninos, vocês vão ficar aqui sozinhos, tudo bem? Estou indo com Bicudo no INSS e Amélia não chegou ainda para ficar com vocês, tudo bem?

(Xexéu)

Tudo.

(Ana)

Vocês vão ficar por aqui. Cuidado com o fogo, não mexam no fogão, mas fiquem à vontade. Posso confiar em vocês? Vocês vão ficar bem? A casa é de vocês, heim!

(Zarro)

Não se preocupe!

(Ana)

Vamos lá no INSS, Bicudo?! Cadê seus documentos? Vai lá na gaveta pegar seus documentos.

Bicudo vai até a cozinha, onde tem uma gaveta com pastas com todos os documentos dos moradores da casa.

(Ana)

Mostra pra mim se está tudo na pasta.

Bicudo abre a pasta e verifica os documentos com Ana.

(Ana)

Ah, beleza! Está com dinheiro da passagem?

(Bicudo)

Não...

(Ana)

Não?! Hum... Pega lá a chave do armário para pegar o dinheiro da caixinha.

Documentos e dinheiro em mãos, Ana e Bicudo saem da RT deixando Xexéu e Zarro sozinhos.

(Ana)

Pessoal, fica aí, heim!! Juízo!!! Cuidem da casa!!!

Assim que eles saem da casa e fecham o portão, Xexéu fala:

(Xexéu)

VAMOS FUMAR!!!!

(Zarro)

Xexéu, você sabe que não pode fumar!! Devolve o cigarro!! Xexéu!! Devolve!!

Alguns minutos depois a campainha toca.

(Zarro)

Pera aí, que vou pegar a chave. É a Amélia!!!!

(Amélia)

E aí, como vocês estão?

(Zarro)

A Ana saiu pro INSS, fazer alguma coisa lá, mas o Xexéu queria pegar o cigarro e eu não deixei.

Esses momentos de saída, nos quais enfatizamos aqui a função acompanhante do AT, falam desse movimento de resolver questões com os moradores ou tocar algumas apostas dos PTS deles. Apesar de ela estar explícita (inclusive no nome), nem todos fazem essa função e há muito o argumento de não poder deixar a casa sozinha ou de que o trabalho na casa não permitiu que se saísse.

A dupla função cuidador e acompanhante força o trabalhador a sair constantemente da sua zona de conforto. Não é nem ficar apenas na casa, nem ficar só “fazendo passeios com morador”. É um híbrido dessas duas funções e que precisa de uma atitude pró-ativa para o trabalho.

(...) a dimensão propriamente cuidadora está presente em qualquer prática de saúde e não sobre um recorte profissional – visa produzir em um modelo usuário-centrado relação intercessora com o mundo subjetivo do usuário e o modo como ele constrói suas necessidades de saúde, acolhimento e vínculo cuidadora é responsabilizações, posicionamento ético usuário centrado, articulação de saberes para compor Projeto Terapêutico, inclusão cidadã e ganhos de autonomia para o usuário e compromisso radical com a defesa da vida individual e coletiva, decisões dentro de critérios de atos de saúde. (MERHY, 2014, 146)

É um olhar para o cotidiano do morador e o seu projeto de vida. Os ATs de São Bernardo têm trabalhado com isso sob a perspectiva da referência dos moradores, cada

morador tem sua referência na casa (ATs) e no CAPS (referências terapêuticas). A proposta seria que os três (morador + AT + referência terapêutica) construam o PTS e que direcionassem responsabilidades, o que cabe a cada participante deste projeto para que ele engrene num movimento de produção de vida com o morador.

Ao exemplo da cena, ir ao INSS é um passo para que o benefício seja aprovado e o morador consiga dar início a outros movimentos mais autônomos. Mas, sem esse apoio do AT, às vezes é muito difícil isso acontecer. Esta cena poderia ter uma outra atitude, de não apostar que os moradores pudessem ficar sozinhos na casa e não ir ao INSS. É um duplo olhar sempre, no singular e no coletivo.

Quando eu digo atitude, é como a gente trabalha para que eles tenham uma vida um pouco melhor? Embora a gente faça bastante, a gente pode fazer mais. Porque o que nós tiramos deles é impagável! Nós nunca vamos conseguir pagar pro pessoal o que nós fizemos com eles. 20 anos, 15, 18 anos... isso é impagável. Mas, quando a gente tem atitude de ir buscar a melhoria de vida para eles, porque eles precisam desse dinheiro. Nós como ATs, a gente tem essa obrigação, nossa obrigação de que de alguma forma, pelo menos o mínimo, para pelo menos poder comprar sua cueca, tomar seu sorvete, sair. Que aí entra a responsabilidade, vamos fazer. (Referência Técnica/Terapêutica, Grupo Participativo, Encontro 1)

Uma questão recorrente: produção de autonomia e responsabilidade do trabalhador para com o morador.

Cena – Quem é responsável se o morador some?

Quase todos os ATs da rede e a coordenadora de saúde mental do município (Bruna) estão juntos, num grande encontro, para discutir temas das Residências Terapêuticas.

(Bruna)

Uma questão muito importante é sobre a chave da casa. O morador tem que ter o direito de ter a chave da sua casa e usá-la como bem entender. Como é essa questão na Residências de vocês?

(Ana – AT)

Na nossa nem todos os moradores querem a chave, porque diz que vai perder, a gente perguntou uma vez e só um tem a chave, mas ela fica pendurada perto da porta.

(Amélia – AT)

Eu tenho minhas dúvidas quanto a dar a chave para eles... Porque, se sair de casa e a gente não ver, não volta...

(Adriana – AT)

Isso é importante falar. Porque eu acho lindo dar a chave para eles, mas, se acontece alguma coisa, desde uma queda na rua até ele sumir, se perder, por exemplo, a primeira coisa que vão nos perguntar é: “Não era seu plantão e você não viu isso?”. Afinal, dar a chave e, se some, a gente é o responsável por isso.

(Bruna – coordenadora)

Calma, a questão chave tem que ser trabalhado na singularidade de cada morador. Tem os que querem e podem, os que podem e não querem, os que querem e não podem. Com esses últimos o trabalho tem que ser mais intenso. Qual é a questão? Não quer ficar na casa? Quer ir para algum lugar específico que não pode? Tem medo? Então, cada morador vai trazer sua questão e vocês vão trabalhar em cima disso.

(Renata – Referência Técnica/Terapêutica)

A gente fez essa pergunta da chave há muito tempo atrás, talvez seja interessante perguntar novamente nas assembleias das casas, e ver cada caso.

São os limites borrados que um equipamento como a RT vai colocando para os trabalhadores. Como o trabalho é no íntimo, no cotidiano, esse olhar de fora é muito importante para essas questões que “já foram conversadas” voltarem a ser discutidas.

Autonomia, chave, responsabilização ressoam também na ação de deixar os moradores sozinhos na casa. As escalas nas RTs foram montadas seguindo uma lógica de plantão dos CAPS, onde normalmente se tem três profissionais no serviço. A ideia seria uma maior mobilidade do trabalho dos ATs, durante o dia, que um ou dois pudessem sair mais com os moradores e o terceiro ficasse na casa para os serviços diários. Nas escalas da noite, este número seria excessivo, a não ser que houvesse alguma emergência com um dos moradores. Mas, na realidade, a quantidade de ATs para cada casa varia muito. Desde questões como folgas, férias, falta de profissionais e também atestados médicos. Algumas casas sofrem muito com a falta de profissionais. Cenas de deixá-los sozinhos por algumas horas são frequentes, mas nunca experimentaram deixá-los num período completo. É quando novamente nos perguntamos: não dá nunca para os moradores ficarem sozinhos?

Essa é uma questão que poderia ser trabalhada com as equipes, uma real avaliação da autonomia dos moradores e da quantidade de profissionais necessários para cada momento da dinâmica das casas. Porque as coisas estão sempre em movimento e não tem

como ser diferente quando se coloca oito ou 10 pessoas morando sob o mesmo teto. Mas essa questão aparece apenas na relação carga horária/falta de profissionais.

A produção do cuidado consiste em se responsabilizar pelas intervenções, mesmo aquelas que têm uma dimensão tutelar naquele momento, mas, com objetivo de ter um efeito de autonomia do morador, mesmo que a longo prazo. O agir em saúde, mesmo nessa dimensão, pode funcionar como um agir castrador ou libertador; no primeiro caso são castrados os desejos e os movimentos de produzir percursos que invistam no mundo, e no segundo caso potencializa os desejos, produzindo processos de responsabilização coletivos, cooperações e contratualidade na construção da vida (MERHY, 2014). O agir na RT acaba sendo ora como castradores, ora como libertários, num exercício cotidiano de experimentação. “Parece que quanto maior a autonomia dos coletivos de trabalhadores nos diferentes espaços organizacionais, maior as possibilidades de agenciar ganhos de autonomia junto aos usuários.” (MERHY, s/a, p. 10)

[Algumas ações só são] possíveis porque os ATs fizeram a diferença, o quanto os ATs são importantes na reabilitação deles. Da atitude dos ATs de estarem juntos, de fazer a diferença. O seu jeito vai influenciar, vai fazer a diferença. A vontade deles de fazer com que aquelas pessoas, nossos moradores, fizessem daquele momento, um momento único... É maravilhoso!! Eu me sinto uma pessoa extremamente realizada e feliz. (Referência Técnica/Terapêutica, Grupo Participativo, Encontro 1)

d) Alegria

Por mais difíceis que fossem as discussões, os desabafos, até algumas cenas, houve uma constância no nosso trabalho em grupo: a alegria. Um cotidiano que está atravessado de acontecimentos, que exige uma espontaneidade-criatividade dos profissionais, principalmente dos ATs que estão num contato mais direto com os moradores. Chama-nos muito a atenção a alegria que permeia esse processo de criação e de convivência.

Cena - Volta de Carro

Acontece na rua, quando um AT (André) está chegando de carro na Residência. Três moradores estão na porta (Uru, Zarro e Drongo). André se aproxima da casa buzinando.

(André)
Tô chegando!! E aí, seus bagunceiros?? Fala, cambada!

Os três moradores se aproximam do portão fazendo festa.

(André)
Calma!! Deixa eu abrir o portão!

(Uru)
Cadê a chave?

(Zarro)
André chegou!!

André abre o portão e os moradores correm para entrar no carro.

(André)
Vamos dar uma voltinha!

(Uru, Zarro e Drongo)
Êêêêêêêêêêêê

Todos entram no carro e vira a maior festa, com muita gritaria, muito tchau para quem estava passando na rua e muitos sorrisos.

(André)
Quem vai abrir o portão agora?

(Drongo)
Eu, eu, eu, eu! Cadê a chave?

Drongo sai do carro e vai abrir o portão para que André coloque o carro na garagem.

(André)
Abriu? Fica aí olhando e diz quando é para parar.

(Uru)
Tá! Eu fico de olho.

(Zarro)
Pode ir!

(Uru)
Vai, vai, vai... vai bater!!!

(André)
Tá bom?

(Uru)
Tá!

A cena se encerra com todos entrando na casa.

As cenas de ressonância entraram nesse clima de diversão dos moradores dando uma volta pelo quarteirão do bairro de carro:

Cena Ressonância 1:

Renata é enfermeira e referência terapêutica. Vai correndo pelo cenário como se estivesse dirigindo um carro e gritando “uou uou uou uou uou uou...”[.]

C-R 2:

Ana é uma AT, mas no cenário está como uma pessoa que está na rua vendo o carro. Ela pensa alto:

(Ana como uma pessoa que está passando na rua)

Meu Deus, o que será aquilo? Quanta gritaria! Meu Deus, o que será aquilo? O que será que tem naquele carro?

C-R 3:

Amélia é AT, mas que no cenário é um morador de Residência.

(Amélia como um morador)

É bom, né? É bom, né? Sair. É bom, né? É bom, né?

Os participantes entram no clima e começam a tomar o papel do morador que vai passear de carro:

(Multiplicação 1): *Enfermeira chama uma AT da plateia e fala: “Hoje é o meu dia de sentar na frente, hoje é o meu dia de sentar na frente!”. AT responde: “Calma, que você vai.”. A plateia toda ri.*

(M2): *Uma AT vai até o centro do palco e fala: “Eu vou junto, eu vou junto, pera aê, pera aê, pera aê!”.*

(M3): *Uma enfermeira e referência terapêutica vai para o centro do palco e fala: “Você está de carro? Você está de carro? Você vai de carro?”[.]*

(M4): *Uma referência técnica vai para o centro do palco e fala: “Pera aí, que eu vou colocar meu tênis da escola”. Todos da plateia riem.*

(M5): *Uma AT vai ao centro do palco e fala: “Ei, ei, ei, o sapato não está entrando não, o sapato não está entrando não!!”[.]*

(M6): *Uma AT vai para o centro do palco e fala fazendo gesto de dinheiro entre os dedos: “A tia tem? Tem? Tem? A tia tem?”.*

(M7): *Uma AT vai para o centro do palco coloca a mão na cintura e fala: “Qual é o meio de transporte?”[.]*

E mantiveram o clima de estar como um morador, cantaram músicas que eles costumam cantar:

Música 1: Diário de um Detento do Racionais MCs

Aqui estou, mais um dia
Sob o olhar sanguinário do vigia

Música 2: Lepo Lepo do Psirico

Rá rá rá rá rá rá rá
Lepo Lepo
É tão gostoso quando eu
Rá rá rá rá rá rá rá
O Lepo Lepo

Música 3: “Trem das Onze” de Adoniran Barbosa

Moro em Jaçanã
Se eu perder esse trem
Que sai agora às onze horas
Só amanhã de manhã
Além disso mulher, tem outra coisa
Minha mãe não dorme enquanto eu não chegar
Sou filho único, tenho minha casa prá olhar

Música 4: “Quero Voltar pra Bahia” de Paulo Diniz

I don't want to stay here
I want to go back to Bahia(x4)

Música 5: “Fruto do Nosso Amor (Amor Perfeito)” de Arnaldo Batista

E seu sorriso aos poucos se desfazendo
Então eu vi você morrendo
Sem poder me despedir

Como se a cena do protagonista que disparou o trabalho dramático tivesse colocado todos os participantes em sintonia com os moradores, a “presença” dos

moradores que foi possível pelo “como se” que as dramatizações permitem, nessa liberdade de poder tomar qualquer papel em cena.

Voltemo-nos então para as músicas. Parece, novamente, que elas entrelaçam as cenas, as multiplicações, as discussões, dando-nos mais pistas para esse momento de análise.

Começam falando que são músicas que os moradores cantam. Lepo Lepo novamente entra em cena, e estamos lá cantando novamente “não tenho carro, não teto e se quiser ficar comigo é porque gosta”. Mas a primeira música desse encontro não foi o “Lepo Lepo”, foi o “Diário de um detento” que está sob o “olhar sanguinário do vigia” e que não “dorme enquanto eu não chegar”. E em seguida vem um quero voltar para Bahia: “I don’t want to stay here” (não quero ficar aqui), e no hospital: “vi seu sorriso se desfazendo, então eu vi você morrendo”. Quantos sentimentos atravessados nessa ressonância musical!

Não fizemos o processamento das músicas no Grupo, essa percepção aconteceu na medida em que fomos lendo as transcrições para a escrita desta tese. Mas fica este indicativo de processar as escolhas das músicas num trabalho de Multiplicação Dramática, pois elas nos indicaram analisadores riquíssimos.

O *Lepo Lepo*, cantado reiteradamente pelos ATS e moradores, funciona como um mote, um retorno à alegria. Um ritornelo, como diriam Deleuze e Guattari (1997):

O ritornelo vai em direção ao agenciamento territorial, instala-se nele ou sai dele. Num sentido geral, *chamamos de ritornelo todo conjunto de matérias de expressão que traça um território, e que se desenvolve em motivos territoriais, em paisagens territoriais* (há ritornelos motores, gestuais, ópticos, etc.). Num sentido restrito, falamos de ritornelo quando o agenciamento é sonoro ou “dominado” pelo som (...). [grifos dos autores] (p. 132)

O *Lepo Lepo* retorna na forma de música, coreografia, simplicidade e alegria de estar junto com os moradores. Cada vez que o refrão dessa música retornava, algo novo ia se significando no Grupo.

Falamos aqui de uma alegria que está presente dos pequenos prazeres da vida que foram tirados dos moradores com as longas internações nos hospitais psiquiátricos. Exatamente por isso, sempre que se tem a possibilidade, eles vão para praia, pesqueiro,

pagode em dia domingo, fazem churrasco, festa, amigo secreto, etc. Tudo é motivo para festejar.

Às vezes os trabalhadores de saúde mental ficam tão presos ao especialismo de sua profissão, que esquecem de que produzir saúde é também produzir momentos de encontros alegres. E nisso os ATs dão um *show* de criatividade para potencializar essas experiências com os moradores.

Queria lhe dizer que João [nome fictício] ficou muito feliz com as cervejas sem álcool que você levou pro churrasco. Já me perguntou se você ia pra festa de aniversário dele e se você podia trazer um caminhão de cerveja [risos]. (AT, Grupo Participativo, Encontro 7)

Nos prazeres da vida, churrasco pede a presença da cerveja, mas são tantos os efeitos colaterais do álcool para os moradores, que é algo proibido. Não necessariamente, já que temos à disposição a cerveja sem álcool, assim pode-se curtir um churrasco com cerveja. Potência do trabalho vivo em ato que traz em si atributo da liberdade, criação e inventividade (FRANCO, MERHY, 2013).

“A produção subjetiva do meio em que se vive e trabalha é marcada por uma constante desconstrução e construção de territórios existenciais, segundo certos critérios que são dados pelo saber, mas também e fundamentalmente seguindo a dimensão sensível de percepção da vida, e de si mesmo, em fluxos de intensidades contínuas entre sujeitos que atuam na construção da realidade social.” (FRANCO, MERHY, 2013, p. 152)

e) Modificações Subjetivas dos Trabalhadores que se Engajam nas Residências Terapêuticas

O contato com as Residências Terapêuticas (moradores e dinâmica do equipamento) provoca uma mobilização nos sujeitos: trabalhadores, vizinhos, familiares, pesquisadores, estudantes... Para os trabalhadores, essa modificação é intensa. Há uma sensibilização, uma “modificação de um certo nível de personalidade” (OURY, 1999, p. 2), ou seja, um nível de afetação, de transformação que está ligada ao nível de engajamento de uma vida nesse trabalho. “Não é uma coisa que se faz de maneira passageira. A menos que não sejamos nós mesmo tomados no interior de todo um

contexto e que não sejamos senão um dos elementos de uma coletividade bem mais estruturada.” (*idem*).

Cena – Chegada do AT na Casa

Estão numa Residência Terapêutica dois moradores (Abibe e Bandeirinha). Eles estavam na garagem assistindo um DVD de show. Uma AT estava também na casa lavando a louça do almoço, quando a campainha da casa toca.

[Trim!]

(Abibe)

Campainha! Campainha! Campainha!!!

(Bandeirinha)

É a Ana [AT]! É a Ana! É a Ana! Abre logo!!!

Abibe foi pegar a chave e abriu o portão junto com Bandeirinha. Os dois abraçaram ao mesmo tempo Amélia, antes mesmo de ela entrar na casa, e ficaram fazendo festa com a sua chegada.

Mesmo diante de todas as dificuldades e problemas, o trabalho nas Residências traz muita alegria e satisfação. Uma cena simples, mas carregada de afeto, que nos mostra como pequenas demonstrações de afeto vindas dos moradores conseguem ressignificar todas as dificuldades vividas, principalmente pelas relações de trabalho.

Amor de estar junto deles, de saber que veem a gente como família. Muitas das vezes o meu coração bate forte quando você ouve uma delas falar: “Amo Você”. É muito gratificante. (AT, Grupo Participativo, Encontro 4)

Alguns participantes colocaram inclusive o quanto o trabalho na saúde mental ressignificou sua vida e que não se via mais fazendo outra coisa além disso.

Eu me sinto satisfeita. Eu não vou dizer que não tenho medo não. Você ficar ouvindo “eu vou me matar”, é complicado. Mas a gente conversou muito, todos os dias. E ontem ela voltou pra casa sozinha. Eu acho que isso mostra o trabalho de todas nós. Todas aqui dão a vida, a gente se apega, a gente se apaixona, você tem a paciência do mundo, você tem amor, alegria de ver que o cara está bem e que, depois daquela cena, a moradora vai sair toda linda do salão. (Referência Terapêutica, Grupo Participativo, Encontro 1)

Eu acho que esse trabalho, nosso, de todos, é não trabalhar pelo dinheiro, mas sim por amor. Quando você trabalha com amor, está valendo tudo. Não interessa qual é a residência, me chamou, eu estou dentro. “Ah, mas você não está ganhando nada!”, não tem problema, eu estou ganhando muito vindo aqui. Sabe por quê? Porque eu tenho isso em casa. Então, quando você trabalha com amor, você tem satisfação. (AT, Grupo Participativo, Encontro 2)

O sentido amoroso do cuidado e a dimensão desejante do trabalho comparecem nestas falas, mas cabe sinalizar a presença da instituição família (“meninos”, “família”) e certa dimensão devocional (trabalhar por amor) que não puderam ser mais bem analisadas com os participantes.

O que os participantes nos mostram é que o trabalho de reabilitação psicossocial com os moradores de Residência os transforma, produzindo-os como novos sujeitos.

O desejo de trabalhar na saúde mental vai além da barreira de qualquer outro tipo de trabalho. Cada sujeito tem sua história e, com o nosso trabalho, nasce a cada dia um outro sujeito. Nasce uma descoberta e isso acaba despertando um entendimento mais amplo do que é cuidado na Saúde Mental. (Trecho do texto produzido pelo Grupo Participativo, em anexo)

Cena: Amor Acima de Tudo⁴⁰

Decidimos ir para praia, era meio nublado, mas isso não impediu nosso desejo de ver o mar. Estávamos perto do meio-dia quando demos falta de João. Logo veio toda a preocupação, medo e quase desespero de ter “perdido” o morador. Sempre pensamos que sair com eles é a nossa melhor forma de cuidado, mas, quando isso acontece, logo vem o sentimento de que somos responsáveis por aquele sujeito e agora ele “sumiu”.

Ligamos para todas as pessoas possíveis e rodamos a cidade inteira. Lá pelas 10:40 da noite chegamos na rodoviária da cidade. Lá estava João. O sentimento de felicidade e realização veio imediatamente.

Assim que ele nos avistou, ele saiu correndo em nossa direção dizendo: “Eu sabia que vocês iam me achar!!!”. Abraçou uma das ATs e disse:

- Eu amo você! Você me ama?
- Amo sim, João!!

Um abraço muito forte e apertado foi compartilhado.

Nesta hora é que vem uma sensação de vitória.

⁴⁰ Cena escrita no texto criado pelos participantes, em Anexo 9.

Esse trabalho vivo em ato transforma os trabalhadores em mais sensíveis às potencialidades dos encontros como produtores de vida.

2. Reabilitação Psicossocial: pontos de articulação

A desinstitucionalização materializa-se para além de uma construção do manicômio, ela propõe a desmontagem de um aparato material e teórico-conceitual, assim como a invenção de outras formas de cuidado que trabalhem clínica e eticamente na utopia ativa da Reforma Psiquiátrica, na direção de uma construção de sentido e valores, de tempo, de responsabilização e do ingresso ao corpo social (Rotelli, 1990).

Aqui no Brasil, a saúde mental trabalha com a perspectiva da reabilitação psicossocial, como já citamos no início deste capítulo. Nossa maior referência é o Benedetto Saraceno, que nos lançou a noção de “Reabilitação como Cidadania” (1999). Para ele:

(...) reabilitação é um processo que implica a abertura de espaços de negociação para o paciente, para sua família, para a comunidade circundante e para os serviços que se ocupam do paciente: a dinâmica da negociação é contínua e não pode ser codificada de uma vez por todas, já que os atores (e os poderes) em jogo são muitos e reciprocamente multiplicantes. (p. 112)

Ele fala de abertura dos espaços de relação, ou redes de múltiplas negociação, que colocam a questão da participação, com objetivo de que as regras do jogo sejam modificadas para que “participem fracos e fortes, em trocas permanentes de competências e de interesses” (p. 113).

Para tanto, destacam-se três eixos de trabalho: trocas de identidades, produção e trocas de mercadorias e valores, e morar. Iremos apresentar brevemente as duas primeiras e focaremos no morar, pois este se articula mais com o material produzidos pelo Grupo que acabamos de apresentar.

Entende-se por troca de identidades a rede social que é construída pelo usuário de saúde mental. Tem como primeiro elemento a relação com a família, principalmente em apoiar a família na relação com o usuário, sua doença e seu tratamento. Também fala da construção de diferentes formas de trocas sociais com os demais membros da

comunidade que está à sua volta. Que articula-se ao segundo eixo, que é a interação do sujeito com o meio social, principalmente a sua relação com o trabalho. “O trabalho, entendido como “inserção laborativa”, pode promover um processo de articulação do campo dos interesses, das necessidades, dos desejos.” (SARECENO, 1999, p. 126). recuperar a contratualidade, para a cidadania social.

O terceiro eixo fala sobre o morar. Saraceno contrapõe *estar* ao *habitar*. O primeiro tem a ver com uma escassa ou nula propriedade do espaço por parte do sujeito, onde não se tem poder decisional, material e nem simbólico. *Habitar* tem a ver com o grau de propriedade material e afetiva do espaço em que se vive, com o grau de contratualidade elevado em relação à organização material e simbólica dos espaços e dos objetos da casa.

Para Sareceno, a reabilitação deve se ocupar da casa e do *habitar*. “Desinstitucionalizar é reabilitar contexto” (SARACENO, 1999, p. 133). Pensar o morar, não apenas como ter uma casa, mas construir novos territórios existenciais.

Fala-se de aumentar o nível de contratualidade do sujeito. Aqui, com o Grupo Participativo, o meio para alcançar esse objetivo com os moradores é pelo afeto, pelo amor, carinho, dedicação, ou pela disponibilidade e vigilância, como diria Oury (1999). O trabalho de negociação só consegue estabelecer trocas se antes houve um vínculo: com a casa, o território, os colegas de casa, os ATs, o CAPS e sua equipe.

Ontem, uma moradora falou para mim: “Meu quarto está um deserto!”. Aí eu falei: Eu imagino... A moradora que divide o quarto com ela foi passar o feriado com a família, passou quatro dias fora, chega hoje. Aí ela estava ansiosa, subindo e descendo as escadas, depois que ela falou isso eu entendi. Minha vontade era que pegar a moradora e trazer de volta (risos). Por eu sentir ela sozinha. Se eu pudesse, eu tirava a tristeza dela. (AT, Grupo Participativo, Encontro 1)

Para a construção do morar como eixo da reabilitação é necessário ter como ferramenta se disponibilizar para o encontro com os moradores, estabelecer vínculo, vivê-lo na sua intensidade e seus limites, trabalhar a responsabilização, cultivar a alegria, mesmo nas adversidades do cotidiano, e afetar-se, modificar-se para estar COM o outro, ao lado do outro.

Diluir o sofrimento e praticar o risco da liberdade (Rotelli, 1990). Pensar a Residência Terapêutica como:

Não é só um lugar onde eles domem, eles comem. Eles estão de alguma forma voltando a ter uma vida. Nunca tinham ido num pagode. Então essas saídas são saídas diferentes, são saídas de vida de pessoas comuns. Quem vai pro pagode aqui? As pessoas. Ou para um barzinho beber, qualquer coisa. (...) Então é isso que a gente pretende dentro das casas. Mudar um pouco essa visão do lugar só para morar. (...) Mudar essa cara de Residência Terapêutica que é muito... um lugar de morar, comer e tomar remédio. Um minimanicômio ou um asilo bom de se morar ou uma clínica boa de se viver. A gente está tentando mudar isso, né? Tentando fazer com que as pessoas tenham um outro olhar para eles. (Referência Técnica, Grupo Participativo, Encontro 4)

Reabilitação psicossocial é uma ética da solidariedade que facilita os afazeres cotidianos, o aumento da contratualidade afetiva, social e econômica que viabiliza um melhor nível possível de autonomia para a vida em comunidade (PITTA, 2001).

3. Híbrido Casa-Serviço das Residências Terapêuticas e Multi-implicação do AT

Segundo o Dicionário Houaiss (*online*⁴¹), a palavra *híbrido* no sentido literal significa uma palavra formada por elementos diferentes, no sentido figurado é algo que é composto de elementos diferentes, porém heteróclitos, disparatados.

Casa e serviço, dois equipamentos com distintas características e instituições que as atravessam, colocadas num só:

Cena – Casa de Loucos

Uma cena comum quando conheço alguém e falo que estou fazendo uma pesquisa de doutorado.

(Bruno – pessoa que acabei de conhecer)

O que você pesquisa mesmo?

(Dayse – pesquisadora)

Estou experimentando uma metodologia de pesquisa participativa com trabalhadores de saúde mental, mais especificamente sobre que ferramentas eles usam para o trabalho diário numa Residência Terapêutica.

(Bruno)

⁴¹ Endereço *online*: < <https://houaiss.uol.com.br/pub/apps/www/v2-3/html/index.htm> >

Residência Terapêutica? O que é isso?

(Dayse)

É uma casa onde moram ex-internos dos hospitais psiquiátricos.

(Bruno)

Tipo uma clínica?

(Dayse)

Não, é uma casa mesmo.

(Bruno)

Mas não tem gente trabalhando lá?

(Dayse)

Tem, mas é para ser uma casa. Imagine que você morou 20, 30, 40 anos⁴², viveu como se mandava no hospital, manicômio mesmo, depois de tantos anos você pode desaprender a comer de garfo e faca, a fazer comida, a tomar banho de verdade, o que é limpar uma casa, um banheiro, às vezes você desaprende até a usar o vaso sanitário. Isso se você não tiver mais nenhuma condição de saúde além do que foi diagnosticado psiquiatricamente. Então, quando você for morar numa casa, vai precisar de ajuda.

(Bruno)

Entendi, como uma cuidadora de idosos?

(Dayse)

Também, porque eles também vão lhe ajudar a sair de casa, voltar a frequentar a rua, redescobrir o que você gosta de fazer, seus desejos, seus sonhos.

(Bruno)

Nossa, que legal! Mas o governo paga isso?

(Dayse)

Paga.

(Bruno)

Por quê? Porque eles têm casa e as pessoas que moram na rua não têm?

(Dayse)

Moradia é mesmo um problema no Brasil... Primeiro é uma dívida social que temos com ele, porque a pessoa viveu 40 anos lá dentro porque essa era a única opção de tratamento, hoje temos uma assistência em saúde mental aberta, então a pessoa pode tratar da sua doença sem precisar perder o contato com a família, com mundo! Imagine que, depois de 20-30 anos internado, são poucas as relações que se tem com o mundo. Depois, se a gente não quer mais internar como eles foram, para onde eles iriam senão para uma casa?

(Bruno)

Verdade! Mas e quando enlouquece lá? O que faz? Tem que internar de novo, né?

(Dayse)

Então... em São Bernardo não se interna, eles tentam que o morador sustente a crise dentro da casa, se não for possível, ele vai ficar alguns dias no CAPS até melhorar.

(Bruno)

⁴² A última moradora recebida por SBC que veio do Hospital Vera Cruz morou lá por 40 anos.

CAPS já ouvi falar, não sabia que eles ficavam lá também. Então é uma casa de loucos!
(Dayse)
Sim, é uma casa de loucos!

São esses elementos que fazem das Residências Terapêuticas um equipamento único na rede: ser casa, ser serviço de saúde; mas não é uma clínica, muito menos um minimanicômio; tem que manejar o cuidado dentro e fora da casa, apoiar a produção de autonomia.

Para Passos (2013), as RTs são moradias que se articulam com a rede de cuidado, ao mesmo tempo em que apostam na desarticulação entre moradia e tratamento reunidos num único espaço, colocando em pauta outros espaços clínicos que o território também pode oferecer. A potência do cuidado que se produz na RT são a construção e o fortalecimento de “redes de trabalho afetivo”, produtoras de vida e liberdade, que entrecruzam as demandas de saúde e sociais. Por isso, trata-se de um equipamento inventivo, pelas experimentações que ele convoca em relação aos modos de cuidar e morar (Amorim, 2008).

Exercício da resistência antimanicomial na micropolítica cotidiana da casa. Entre o público e privado, entre casa e cidade, entre casa e rede social, entre casa e serviço de saúde, as RTs funcionam como problematizador da mudança de atenção à saúde mental, da sua desinstitucionalização, o que as coloca como uma potência de indicar limites e caminhos para esse processo.

A linha que separa o cuidado e a tutela, cuidado libertador e o cuidado castrador (MERHY, 2014) está no micro, no cotidiano e como as ações vão se adaptando aos contextos sociais, que são dinâmicos e constantemente em movimento. Aqui a noção de espontaneidade-criatividade nos é bastante interessante para dialogar com esse movimento que a atenção em saúde mental provoca. Quanto mais espontâneo-criativo o relacionamento do sujeito com o mundo, mais saudável ele é. Quanto maiores forem as possibilidades de trocas, de situações que os coloquem na experimentação de novos papéis, mais livres eles são. Cuidar é criar possibilidades, abrir caminhos para a criação do novo, tutelar é impedir essa criação sob a máscara de cuidado. Tutela seria todo processo de relação onde não há troca, onde não há negociação, no qual o outro detém o poder de dizer o que se faz.

Por longo tempo após a abolição das grades que ele mesmo [o paciente] arrancou e destruiu a convite do médico, não ultrapassar o limite que lhe era imposto antes: o desenho do pátio continua em sua mente, e a porta aberta ainda lhe parece uma porta fechada. Ele fica ali, na expectativa de que alguém pense e decida em seu lugar, porque não sabe, ou não querem que saiba, que pode recorrer à sua própria iniciativa, à sua responsabilidade, à sua liberdade. Portanto, ao aceitar essa liberdade como dádiva do médico, permanece, em relação a ele, na primitiva relação alienante servo-senhor. (BASAGLIA, 1985, p. 32)

Basaglia (1985) já nos chamava a atenção para o quanto o trabalhado cotidiano com ex-internos de hospital psiquiátrico é delicado. O AT, mais especificamente porque está em contato diário com o morador, tem que ficar bastante atento e precisa ter uma equipe que o sustente e provoque questionamentos sob suas ações.

O tratamento do doente mental deveria tender à reconquista de uma liberdade perdida, de uma individualidade subjugada: o que é exatamente o oposto daquilo que significa o conceito de tutela, defesa, separação, segregação, implícito nas regras das nossas instituições. (BASAGLIA, 1985, p. 49)

O trabalho é atravessado por diversos contextos e, por isso, um trabalho em rede e intersetorial é o norteador do trabalho dos profissionais ligados às casas, sejam os ATs na dupla função de cuidadores e acompanhantes terapêuticos, sejam as referências terapêuticas na dupla função de cuidadores e analisadores institucionais da RT.

Uma dessas potências é a relação diferenciada que se tem com uma RT (e com os moradores por consequência), que provoca nos trabalhadores uma multi-implicação clínica (ações do cuidado) e política (ações em consonância com o movimento de desinstitucionalização da loucura).

Tiramos essa noção de Kelsseman e Pavlosky (1991) que, ao escreverem sobre a Multiplicação Dramática, falam de uma “multi(m)plicação”, no sentido do comprometimento que os participantes do grupo tem com a criação de cenas, a cocriação do grupo. Vem do princípio de multiplicidade de Deleuze e Guattari (1995), no qual o múltiplo são as diversas possibilidades de relação como um sujeito ou um objeto. “As multiplicidades se definem pelo fora: pela linha abstrata, linha de fuga ou de desterritorialização segundo a qual elas mudam de natureza ao se conectarem às outras.”

(p. 17). Quando se aumentam as possibilidades de conexões. Um equipamento como a RT coloca-nos o desafio de aceitar a complexidade dos múltiplos planos de existência, suas múltiplas relações, seus múltiplos papéis (gestor/trabalhador, profissional/pessoal).

Começamos pela multi-implicação clínico-política. O trabalho nas RTs tem essa vertente de luta, numa aposta de que é possível fazer a desinstitucionalização dos internos/moradores dos hospitais psiquiátricos, possibilitar-lhes uma vida em sociedade, apostar na sustentação das crises no seu espaço de moradia.

A clínica do morar se põe em evidência num equipamento como a RT, mas e nos demais serviços? Como falamos, trabalhar o morar envolve uma postura clínico-política dos trabalhadores de multiplicidade de papéis: experimentar espontânea e criativamente a construção de novos territórios existenciais entre a casa e a cidade. Sustentar, por exemplo, a crise em casa, sem internar, apostando numa convivência intensiva das referências terapêuticas. Radicalidade desafiadora posta nas RTs.

É apostar na capacidade de vivenciar diversos modos de existência, inclusive aqueles que são (a princípio) interditados e antiprodutivos, mas que o trabalho com afeto e essa implicação clínico-política possam produzir outras possibilidades.

Cena – Potência transformadora da RT:

Gaivota chegou de um hospital psiquiátrico de outra cidade para morar em uma das RTs. Ela chegou muito magra, debilitada, não andava, então chegou numa cadeira de roda, usava fralda descartável, tinha crises de gritos. Na primeira consulta, médica a AT lê com o médico o relatório do hospital.

(Maurício – médico)

Acho que ela vai dar muito trabalho. Aqui diz que ela não responde a nenhum estímulo e não consegue vincular.

(Ana – AT)

Mas e aí, doutor, tem alguma coisa específica que a gente possa fazer?

(Maurício)

Acho que não... É ir experimentando as coisas com ela e ver o que pode ser possível.

Dias depois, a casa organizou uma festa de aniversário de uma das moradoras dessa casa num sítio que tinha piscina. Quando eu cheguei lá, Ana veio contente falando.

(Ana)

Você viu a Gaivota? Tomou banho de piscina e tudo! Eu estava com ela na piscina, segurando ela pelo braço, ela pegou meu braço e começou a beijar!!! Não vincula... Ninguém que queria vincular com ela, isso sim!

Alguns meses se passaram e eu fui em mais um aniversário (eles adoram fazer festas). Lá estava Gaivota, mais forte, com o cabelo pintado, uma roupa azul combinando com seus olhos, ela estava sorridente, mandava beijo para quem pedia e, quando você chamava ela pelo nome, ela respondia com olhar. Essa mudança aconteceu em menos de um ano de trabalho.

(Ana)

Ela agora só usa fralda quando sai de casa e para dormir, às vezes ela tira à noite, acho que incomoda, né? Pede café e adora um doce! Virou o xodó da casa! (risos).

São efeitos de um outro modo de viver, com as ferramentas do cuidado que os ATs têm em mãos. “Esse é um trabalho de alta complexidade, múltiplo, interdisciplinar, intersetorial e interprofissional.” (FEUERWEKER, MERHY, 2011, p. 292). A riqueza desse trabalho está na potência múltipla (e também nas potências multiplicadoras) que um vínculo pode possibilitar.

Para Merhy (2014) o núcleo cuidador é o que se impõe, inclusive diminuindo as relações de dominação que se estabelecem entre vários profissionais, pois há um saber no plano do cotidiano e do íntimo que está para além das hierarquias estabelecidas pelos organogramas de um serviço de saúde. O trabalho de equipe para o núcleo cuidador se faz então fundamental, para possibilitar a criação do trabalho no meio do mundo de acontecimentos que existe numa Residência.

Todos nós sabemos da importância do nosso trabalho e que essas questões colocadas até aqui falam da complexidade que é trabalhar como AT. Entendemos que nosso trabalho faz parte de uma engrenagem que finaliza em um bom trabalho e desejo de fazer diferente, de mudar um quadro de doença para uma estabilidade e bem-estar. (Trecho do texto criado pelo Grupo Participativo, em anexo)

Não há protocolos, há experimentações, há apostas, sempre interagindo com o que é apresentado no dia, oras de ordem clínica, política, pública, privada, internas e externas. Uma dança do Lepo Lepo em que só “fica quem gosta”. Não há muito um meio termo. O efeito múltiplo provocado pelo encontro entre a RT e o trabalhador de saúde mental transforma algo que atravessa os planos profissionais, pessoais, políticos e éticos.

Ao longo dos encontros, fomos percebendo que a afetação das ATs na relação com os moradores, transitando entre os papéis profissional/pessoal, torna o trabalho intenso.

No nosso trabalho os limites entre o pessoal e profissional são muito tênues, muitas vezes ultrapassando os limites de cada espaço. Isso aparece principalmente quando não estamos bem: “Se eu não estou bem, como é que vou cuidar do outro?”. (Trecho do texto escrito pelos Participantes, texto completo em anexo)

É diferente o entendimento sobre cuidado em uma RT e em um CAPS. A RT perpassa pelo plano intensivo do cotidiano. Por isso a RT coloca o movimento da Reforma Psiquiátrica em constante análise. “(...) constante despregar-se de nós mesmos, arguir-se, o que não se faz sem que a clínica ponha-se ela mesma em análise” (PASSOS, 2013, p. 4).

Clínica (para além) do morar, clínica do viver, da produção de afetos e também de saberes a partir desse rico encontro com as Residências Terapêuticas.

Eu nem estou falando de um serviço perfeito, mas tem coisas que estão sempre ao nosso alcance. (AT, Grupo Participativo, Encontro 9)

Linha 6: Protagonismo dos Profissionais e Processos de Trabalho: modos de gestão e atenção e redes de responsabilização

Apresentaremos aqui uma segunda linha de análise do material que foi produzido durante a pesquisa, na qual direcionamos o nosso olhar para os temas que envolvem o processo de trabalho nas RTs, considerando a inseparabilidade dos modos de gestão e de atenção nas Residências Terapêuticas.

Tal inseparabilidade está fortemente presente no SUS, a partir do momento em que ele é entendido como um sistema em movimento. Valoriza-se nas equipes a experimentação nas práticas, nas rodas de comunicação onde saberes e poderes possam circular entre os sujeitos implicados no processo de produção de saúde.

O trabalho em saúde é um campo de produção de saber que pode ser formulado coletivamente. Os trabalhadores criam e recriam saberes sofisticados e necessários ao seu saber, desta forma, segundo Merhy (2015), o contexto do trabalho implica também num contexto formativo, necessário para a atualização da prática em saúde, fazendo desse profissional o próprio protagonista da sua formação individual e coletiva, ao mesmo tempo em que está produzindo cuidado. Essas práticas não estão presentes em todos os serviços, ainda é preciso “abrir um movimento que procure reconhecer esses acontecimentos, tornando-os visíveis, pode ser uma boa aposta para mudar o eixo dos processos de formação e de capacitação no campo da saúde.” (2015, p. 8).

Praticado dessa forma, os trabalhadores de saúde (e de saúde mental) têm o desafio de manter um duplo ativismo, macro e micropolítico, que evidencia a indissociabilidade entre produção de saúde, produção de subjetividade e produção de mundo (PACHE, PASSOS, HENNINGTON, 2011).

Por tanto, faz-se importante a discussão da gestão dos processos de trabalho e das condições concretas para sua realização nas RTs de São Bernardo, principalmente porque, além de cada casa ter as suas singularidades, cada uma vai experimentar modos de gestão diferentes, que provocam diferentes efeitos nos modos de cuidar e nas relações dos trabalhadores quanto ao processo de trabalho.

Três aspectos do modo de gestão das RTs foram bastante discutidos no Grupo Participativo: carga horária dos ATs, função coordenação nas RTs e modos de

organização das referências terapêuticas dos moradores –e esses dois últimos são profundamente relacionados.

1. Carga Horária dos Acompanhantes de Residência Terapêutica

Hoje são dois tipos de carga horária que os ATs exercem: os mais antigos trabalham num esquema chamado por eles de 12 por 36 (ou seja, trabalha-se 12 horas e folga-se 36 horas). O segundo esquema, que começou desde o aumento salarial e segue-se para as futuras contratações, é a carga de 40 horas semanais, com direito a dois dias não seguidos de folga durante a semana. Normalmente se dividem os *plantões* com dois ou três ATs nos períodos matutino e vespertino e um ou dois no noturno (isso dependerá do número de profissionais que cada casa possui).

Cena – Carga Horária:

Estamos no segundo encontro do Grupo Participativo e ao compartilhar sobre nossos sentimentos após vivenciar um trabalho de Multiplicação Dramática sobre “amor, cuidado, afetividade, carinho e respeito”. Começa-se a falar sobre os processos de trabalho e a carga horária vira tema de debate entre os profissionais.

(Renata, Referência Técnica/Terapêutica)

Eu queria comentar que a gente passa por um momento difícil, porque a gente está com poucos ATs. Na masculina a gente trabalha no limite do limite, lá chegamos a trabalhar com cinco ATs, entre noturno e diurno. Em nenhum dia foi perdido uma consulta, nenhum exame e nenhuma atividade. Tiro o chapéu dos ATs, porque eles têm atitude e têm vontade.

Todos aplaudem depois dessa fala.

(Roberta, Referência Terapêutica)

A nossa é diferenciada porque as nossas ATs acabam fazendo 40 horas semanais. É puxado. É dolorido. É um desgaste. Elas não têm sábado e domingo, então é direto. Folga de segunda ou quinta. É 40 horas; 12 horas, você descansa o outro dia. Mas lá é direto. Nove horas de trabalho seguido todos os dias.

(Renata)

12 por 36 tem um tempo maior pra respirar.

(Rosane, Referência Técnica)

Eu prefiro 40 horas. Porque você tem um acompanhamento do trabalho. Primeiro, ao invés dela ficar 12 horas dentro do trabalho, ela fica 8/9 horas, eu já acho isso muito mais saudável. Segundo, que hoje eu estou acompanhando você, amanhã é ela e daí eu vou te ver no próximo dia, de repente, se eu já poderia ter

percebido que um morador não está legal, porque não está dormindo direito, aí a colega também vê isso. É uma coisa que o acompanhamento é melhor desde de uma questão do curativo até de uma questão de sono, de alimentação, etc.

(Roberta)

O acompanhamento é legal. Mas a escala que é difícil.

(Rosane)

Eu sou a favor das 40 horas, mas que sempre tenha alguém de 12 horas.

(Roberta)

É o que nós tínhamos na casa, e aí não era o padrão, tanto que essa pessoa foi desligada. A gente tinha uma de 12 e era onde a gente conseguia dar conta de algumas coisas, e aí, quando se tira essa pessoa de 12, todo mundo começa a adoecer. Porque é esse o processo. Eu acredito muito nessa escala. É tanto, que a gente está levando para a coordenação.

Até então apenas as referências estavam discutindo a questão. Quando finalmente uma AT se pronuncia.

(Ana, AT)

Gente... 40 horas é bonito sim, na teoria, de falar, tudo. Mas pra viver, o dia a dia, 40 horas direto é muito difícil. Porque assim, você passa um dia estressante com morador, você saiu de lá acabada, no outro dia você não tem condição de voltar, mas você tem que estar ali. Não deu tempo de você se recuperar. Porque na verdade não são 9 horas. Dependendo do dia, do que acontece no dia, você emenda, como a gente já emendou. Dá 8 horas da noite e ainda está no plantão. Dá 11 horas e não conseguir sair. E aí, no outro dia, dá 7 horas da manhã e você está ali de novo. Não dá tempo de você desligar daquilo.

E o assunto vai se colocando num debate sem fim.

Não há consenso entre os profissionais, como pode ser visto, mas chama a atenção que nesse aspecto os ATs se posicionam que fazer 40 horas semanais numa RT é difícil e que com “12 por 36” dá tempo de descansar. Há apenas a certeza de que mudanças quanto a essa questão não acontecerão e que cada RT tem que ir experimentando os sistemas de escalas com as cargas horárias disponíveis.

Ao mesmo tempo, esse engajamento das referências do CAPS também é importante para que os ATs se sintam confiantes e seguros para se expressarem, mesmo quando nada de concreto mudará, como a questão da carga horária, por exemplo. Quando há a presença das referências terapêuticas mais frequentemente, as dificuldades são discutidas e vivenciadas de uma outra forma, afetando diretamente no modo de atenção que é disponibilizado aos moradores. Quando há poucos ATs na casa, os cuidados são

direcionados às emergências e aos moradores que demandam mais atenção, faltando tempo e espaço para a experimentação de outras possibilidades para os demais moradores e os projetos terapêuticos são esquecidos. Trabalha-se com o emergencial, não com os caminhos desenhados no PTS.

Mas aqui também temos a contradição da quantidade de ATs que deveria haver numa RT. Tem um cuidado mais intensivo de alguns moradores que demandam mais atenção, tem os projetos terapêuticos que requerem mais saídas da casa, tem o que emerge no cotidiano, além das atividades diárias de uma casa, como comida, limpeza, roupas, etc. Essas últimas atividades teriam o norte de construir com os moradores uma maior autonomia e de apropriação da casa. Mas, para tanto, a “ausência” dos ATs também é importante. Coordenação e trabalhadores falaram sobre isso:

São Bernardo não se colocou o desafio. Contratou gente pra caramba. Entrou num esquema de três pessoas... Porque, quando a gente inventou os NAPS [em Santos], a gente pensou no noturno. Vamos deixar três, esse era o critério. Porque, se acontece alguma coisa com um, sempre tem dois. Na casa é outra coisa, é diferente de CAPS. Mas se usou a mesma lógica, que se precisa ter três pessoas os três períodos. E que isso é eterno. Juntando isso com o momento da Reforma, que é verdade, que muitas pessoas que saem do manicômio têm as questões clínicas e físicas, um pouco a raspa de tacho, e juntando isso inclusive com os novos institucionalizados, que são pelas internações compulsórias, que não deviam nunca terem internado, quanto mais estar em Residência Terapêutica. Vem todo mundo interdito, que você fica com a pressão e portanto com muito menos liberdade de ousar com a autonomia do usuário. Você fica administrando tudo isso, então você não consegue se mover, entendeu? E aí não vem a questão de que um dia é para essas pessoas estarem por conta delas. Ou, então, pelo menos você pode exercitar que não precisar ter gente as 24 horas lá dentro, tem dia que vai precisar, tem dia que não. Será que eles não podem ficar sozinhos? (Coordenadora de Saúde Mental, Entrevista em 27/10/16)

A gente, como AT, também tem que fazer o que dá, da maneira que dá. Principalmente se a casa está com falta de AT. (...) A gente dobra, mas tudo dentro de um limite. (AT, Grupo Participativo, Encontro 2)

Quem está de dia às vezes precisa ir à noite para cobrir a folga do colega. Então fica uma pessoa na casa. Eu tenho um morador que está com uma suspeita seríssima de câncer de próstata. Os ATs estão saindo com esse cara direto, é exame... Os outros também têm exames. Porque a gente não fica só cuidando da mental deles. A gente também cuida da parte física, né? (Referência Terapêutica, Grupo Participativo, Encontro 7)

Pelo que falam, eu não sinto que seja falta de trabalhador, mas a divisão do trabalho que é muito mal feita. A coisa lá não funciona porque (...) tem três de noite, o que é um absurdo, não precisa. (Referência Terapêutica, Grupo Participativo, Encontro 7)

Isso é uma distribuição de tarefa mal feita. Porque, a partir do momento que eu tenho três num dia... Ontem não tinha ninguém lá. Teve que ir uma AT da casa das Violetas e uma outra de uma outra casa. Porque não tem pessoas. Como é que você não tem pessoas quando você tem três em outro dia? Quando acumula cinco em um período? Uma coisa para mim que é muito estranho isso. (Referência Terapêutica, Grupo Participativo, Encontro 7)

É um debate complexo que precisaria ser avaliado em função da demanda de cada RT de uma forma singular, porque São Bernardo fez a opção de colocar juntos os moradores com necessidades heterogêneas, numa aposta de cocuidado e solidariedade entre eles também. Porque uma opção seria ter casas com moradores mais homogêneos nas suas necessidades clínicas, podendo ter um profissional da enfermagem com eles e talvez esses problemas de quantidade e de funções dos ATs não seriam uma questão, mas correríamos um grande risco de criar minimanicômios.

Na Inglaterra, as moradias são classificadas pelo tipo de presença dos trabalhadores, podendo ter três modalidades: cuidados residenciais – que têm funcionários 24 horas e são para aqueles usuários com maiores necessidades de apoio; acomodações com apoio – há um espaço comum de trabalho, os funcionários fazem carga horária comercial (7 às 19 h) e os moradores são responsáveis pelos cuidados de higiene, limpeza e alimentação; apoio flutuante – os usuários moram sozinhos (ou dividem apartamento), e uma equipe vai regularmente acompanhar sua moradia. O projeto é que cada morador possa ir gradualmente mudando de um tipo de acomodação mais dependente para a mais autônoma (KILLAPSY *et al.*, 2013).

Para a realidade brasileira (e especificamente em SBC), essa gradação poderia ser com a saída dos profissionais das Residências ao invés dos moradores, uma vez que o habitar a casa é um dos eixos da reabilitação psicossocial. Os moradores deveriam ir se apropriando cada vez mais das rotinas diárias da casa e do seu próprio cuidado para que, gradualmente, os ATs pudessem se deslocar das RTs para os CAPS e desenvolver um trabalho com a dupla função que possuem (cuidadores e acompanhantes) para outros

usuários que demandassem essa atenção. Digamos que esse poderia ser um possível desdobramento do movimento de desinstitucionalização das Residências Terapêuticas.

Entre cargas horárias diferenciadas e “ausência” possível dos ATs na casa, uma cena comumente se repete:

Cena – Dobras de Plantão

Estão na RT uma AT (Ana) e alguns moradores. O telefone toca e Ana atende.

(Ana)

Alô!

Do “Alô” em diante, Ana pouco conseguia escutar, porque dois moradores que estavam na sala começam a falar ao mesmo tempo perto dela, querendo saber quem era no telefone.

(Ana)

Alô?!

(Moradores)

Quem é? Quem é?

(Amélia, outra AT, estava do outro lado da linha)

Oi, Ana! É Amélia.

(Ana falando para os moradores)

É a Amélia.

(Moradores)

É a Amélia! Oi, Amélia! Cadê você?

(Amélia)

Oi, olha só... Eu estou escalada hoje, mas tive um problema aqui com a minha mãe, vou levar ela pro hospital, e infelizmente não vou poder ir hoje. Eu não consegui falar com a referência técnica para avisá-la também.

(Ana)

Tudo bem... Pode deixar que eu fico aqui.

AT se direciona para a plateia e fala

(Ana)

Então é isso, gente... Tem que ter paciência enquanto o nosso companheiro não chega.

Para os participantes do grupo, *paciência* é uma das ferramentas fundamentais para o trabalho nas RTs, ela diz mais da relação com o colega AT do que do cuidado com o morador.

A verdade é que os ATs dão mais trabalho que os moradores. (AT, Grupo Participativo, Encontro 2)

Mas paciência também entra em tudo, porque, se você não tiver paciência com seu colega, com os moradores, não consegue trabalhar. (AT, Grupo Participativo, Encontro 1)

Pessoas com diferentes experiências e conhecimentos, algumas pela relação com a saúde mental, outras pelo salário. Essa heterogeneidade de profissionais produz diversos efeitos no cuidado e nas relações de trabalho. Eles nos indicam o quanto pode ser cansativo trabalhar numa equipe quando não há trabalho coletivo de produção de acordos e de parâmetros comuns, fazendo com que o trabalho sobrecarregue alguns, que assumem as tarefas dos colegas que não tiveram a disponibilidade de estar junto com o morador.

Aqui a questão sobre ter ou não coordenação nas Residências se presentifica sob a perspectiva de quem faz a gestão dos trabalhadores.

Esse espírito de equipe, de ajuda, de solidariedade, de companheirismo, eu acho muito bom, acho muito legal. Tenho o hábito de cobrir quando a pessoa está doente para que os moradores não fiquem sozinhos. Então, eu tenho isso como parte de mim até, de que, se dá para fazer um pouco mais, eu faço. Mas ao mesmo tempo... Emendando no que ela falou... Esse negócio de adoecer... Porque é assim: a gente fica lá na residência, o meu trabalho é de 12 horas, então, com o passar dos anos e do que acontece, eu acho que a nossa vida se confunde com a vida deles. Então, se eles estão doente e você está de folga, você fica preocupada porque fulano está doente. Eu acho que acaba se confundindo, porque é muito fácil se confundir. (AT, Grupo Participativo, Encontro 3)

Ainda tem as questões específicas de São Bernardo: segundo as ATs mais antigas, desde que o nome mudou para Acompanhante, as pessoas esqueceram que a função cuidador ainda existe e é necessária.

Sabe o que aconteceu depois do aumento do salário? Começou a entrar gente achando que ia fazer acompanhamento terapêutico na casa. Exemplo: entrou uma estudante de psicologia lá na casa. Aí ela disse que ia ficar observando primeiro o trabalho. Beleza. Foi passando uma, duas, três semanas, eu cheguei para ela e falei: Veja só, acabou a observação, que aquele colchão de xixi não se lava sozinho e eu tenho que fazer o almoço. (AT, Grupo Participativo, Encontro 3)

A outra lá da casa me disse que fala pros colegas da faculdade onde trabalha, mas não diz o que faz exatamente. Parece que tem vergonha... (AT, Grupo Participativo, Encontro 3)

Trabalho em equipe, tão necessário na saúde mental, intensifica-se na Residência por estar lidando com um grau de intimidade que precisa também de um grau de distanciamento, para que as ações não entrem numa direção tutelar. Por isso se faz tão importante a discussão da gestão de uma casa, das funções de coordenação/referência técnica e referência terapêutica.

2. Função Coordenador de Residência Terapêutica

O segundo tópico mais debatido e que talvez tenha o maior impacto na atenção fornecida aos moradores é a questão da “função coordenador” nas RTs. Quando a atual coordenação de saúde mental entrou em SBC (2014) havia na rede função de coordenação de RT. Algumas pessoas foram contratadas como profissionais da rede para exercerem essa função, mas não existia oficialmente o cargo e também as pessoas não estavam sendo pagas de acordo com o trabalhado que elas exerciam. Estava muito claro para a gestão que essa função não deveria existir: *“não tem que ter coordenador da casa dos outros. Ninguém coordena a casa dos outros.”* (Coordenadora de Saúde Mental, Entrevista dia 27/10/16).

Então, a estratégia foi primeiro discutir isso no Colegiado Gestor e começar a transição da saída desses coordenadores. Eles começaram a entrar nos CAPS como trabalhadores do serviço, tornando-se gradativamente referências terapêuticas dos usuários do CAPS, mas que ainda tinham algumas funções administrativas com as RTs, dividindo sua carga horária entre esses dois serviços. Aqui nesta pesquisa, chamei essas pessoas que faziam essa dupla função de Referências Técnicas (no Grupo tivemos duas participantes).

O CAPS Centro chegou a fazer uma experimentação intermediária, na qual uma dupla de profissionais do CAPS teve a função de referência técnica da RT e de referência terapêutica de todos os moradores. Funcionou por um bom tempo, mas não se sustentou, na medida em que as pessoas foram tirando licença e/ou saindo do serviço, esses lugares não foram ocupados e as RTs ficaram novamente sem referências. Atualmente o CAPS

Centro conseguiu designar referências terapêuticas para os moradores, incluindo as antigas referências técnicas nesse processo. Vale destacar aqui que esse último movimento do serviço foi devido a um dos efeitos provocados pela pesquisa, no momento em que o Grupo Participativo decidiu discutir os PTS dos moradores, precisávamos saber quem eram as referências terapêuticas desses moradores, para chamar para o diálogo que estávamos provocando.

Mas por que essa é uma das questões que mais afeta o cotidiano do trabalho? Porque as Residências e os CAPS ainda estão muito separados. E, na prática, a referência técnica consegue dar esse suporte aos ATs que as referências terapêuticas do CAPS ainda não conseguem. Destacarei um longo trecho da entrevista realizada com a Coordenadora de Saúde Mental do Município, mas que nos apresenta bem os diversos atravessamentos desse assunto:

Tradicionalmente a gente já entende que o cuidado é o cuidado consultorial. Para aquelas pessoas [moradores das RTs], o cuidado é uma presença efetiva na vida delas, mais inclusive do que no geral dos usuários do CAPS. (...) Um cuidado para essas pessoas passa pela questão do investimento da autonomia e do empoderamento em relação às coisas concretas da vida. Que não é simples, às vezes, para nós psi, entendermos que isso faz parte de um cuidado do projeto terapêutico. E que isto é um valor. Então, o que eu acabo vendo, e não estou falando de São Bernardo necessariamente, em alguns lugares acabam as pessoas ficando por conta da casa. O lugar onde você se trata, come e bebe é o manicômio. O manicômio totaliza a tua vida. E acaba sendo muito distante o que o CAPS acaba propondo para estas pessoas. Até porque, para elas chegarem no CAPS, é um investimento. Então, você tem que mexer na autonomia de ir e vir inclusive, para a pessoa chegar lá, certo? Então, tem todo esse investimento que se deixa nas mãos dos ATs. Então, como é que eu pego os casos mais vulneráveis e deixo só para eles? (...) Temos que entrar melhor com as referências terapêuticas. Temos que entrar, entendeu? Porque isso empresta poder, empresta valor, e temos que discutir que hoje ajudá-lo num banho pode ser a coisa mais terapêutica, pode ser sensacional o que pode acontecer, mais do que ele no grupo tal ou no atendimento tal, que pode ser uma abstração. Então, assim, eu investi muito nessa construção. Quando a Residência diz: “A gente está sozinho.”, e, quando precisa do CAPS, precisa-se do CAPS. (...) Mas com esse distanciamento só restava necessariamente a hospitalidade no CAPS, ou o CAPS via com outro olhar, claro. Aí que não valorizava tanto o drama que os ATs traziam. E até poderia ter uma visão que fizesse mais sentido, mas que não convencia, que o outro não se sentia apoiado. Então, também se o CAPS não leva para a hospitalidade integral, eles

se sentiam sozinhos. Então a gente fez essa discussão, não vai ser decreto, mas está no horizonte. Ai surgiram várias discussões, porque as pessoas estavam nos seus lugares, faziam um bom trabalho, enfim. Nesse processo o Centro fez isso [aponta para as referências terapêuticas em duplas]. Aproximou? Aproximou, mas, como referência terapêutica DA casa, escolheu pessoas inclusive interessadas e interessantes, mas DA casa. Então isso, o que já possibilitou na realidade várias intersecções, mas que obviamente não revoluciona. O que as referências terapêuticas da Residência precisa compreender é isso, que parte ela vai ter que investir no setting casa. (Coordenadora de Saúde Mental, Entrevista dia 27/10/16)

Essa avaliação é bastante perceptível na Casa das Esperanças, que desde sua inauguração nunca teve coordenador, nem referência técnica. Os ATs desta casa relatavam cenas como esta a seguir:

Cena – O CAPS Não Quer Nos Receber:

É um fim de semana e um morador está em crise e os ATs que estão na RT avaliam que não conseguem mais dar conta, que precisam de um suporte do CAPS. Ligam para a referência terapêutica e pedem um auxílio.

(Ana, AT)

Bicudo está muito agitado, eu e Amélia não estamos mais segurando a crise dele. Já está afetando os outros moradores, está bem complicado. O que a gente faz?

(Renata, Referência Terapêutica)

Leva ele no CAPS. Conversa lá para ele ficar na hospitalidade integral até segunda e aí a gente reavalia a situação.

Como Ana não consegue carro do CAPS para fazer esse transporte, vai de táxi até o CAPS. Chegando lá, eles são barrados na porta de entrada do serviço. A AT, sem saber o que fazer, ela resolve ligar novamente para a referência, com o morador gritando e xingando do lado dela.

(Ana)

Renata... Então, estou aqui na porta do CAPS e eles não deixaram a gente entrar, disseram que está tudo cheio e que não têm como receber a gente... O que eu faço?

(Renata)

O quê? Como assim não deixaram vocês entrar? Nem avaliaram o Bicudo?

(Ana)

Não... Pior que Bicudo ficou mais agitado com essa história... Estou com receio de colocá-lo no táxi novamente. O que eu faço?

(Renata)

Segura as pontas aí, que eu vou ligar pro CAPS.

Renata liga para o CAPS e o plantonista atende.

(Renata)

COMO ASSIM BICUDO ESTÁ AÍ NA PORTA E VOCÊS NÃO DEIXARAM ELE ENTRAR???? NEM SEQUER AVALIARAM ELE???

(Paulo, Plantonista)

Ana, não tem vaga! Está tudo cheio, ele tem que voltar para a RT!

(Renata)

Não dá para ele voltar para casa, o clima lá já pesou, os outros moradores já estão agitados com a situação toda. Remaneja alguém, alguém que está melhor pode voltar para casa ou dormir na UPA, vai entender a emergência. Pelo menos avaliem como ele está, vejam o que podem fazer. Será que eu vou ter que ir aí no meu dia de folga???

Paulo desliga o telefone e se compromete a resolver a situação. Por fim, um usuário que estava melhor e tinha como voltar para casa saiu da hospitalidade integral, abrindo a vaga para Bicudo.

Essa cena mostra o quanto uma relação com a referência terapêutica pode auxiliar nessa articulação com o CAPS, mas também mostra o quanto o CAPS estava muito afastado das questões da Residência, que precisou da intervenção da referência terapêutica para que isso fosse contornado. Mas e a gerência do CAPS? Nessa época, essa articulação ficava mais a cargo das referências que tinham mais proximidade com a casa (que não eram todas); a equipe do CAPS como um todo não se apropriava do cuidado com os moradores, ficando totalmente a cargo dos ATs. Podemos fazer essa comparação porque, durante o período da pesquisa, a gerência desse CAPS mudou e começou a aproximar o CAPS das RTs, fazendo reuniões semanais com todos (ATs e referências terapêuticas). Inclusive essa foi a Residência em que, durante a fase 2 da nossa pesquisa, todos os envolvidos no cuidado dos moradores participaram pelo menos uma vez dos nossos encontros, incluindo gerente e um profissional do administrativo que era responsável pelas questões burocráticas da casa.

Quando a referência está bem junta, ela se torna um AT também e consegue perceber nossas dificuldades. (AT, Grupo Participativo, Encontro 9)

Mas, então, como o grupo via o papel das referências e do CAPS?

Eu acho que falta o CAPS se apropriar que a Residência faz parte do CAPS. Hoje eu ajudo a gerente, não que eu sou a referência da casa, mas eu sou também do CAPS. Então, eu tenho 50 referências, mais o cuidado com os moradores, que têm suas referências dentro do CAPS (...) Então, eu me sinto muito sozinha nas decisões porque as outras pessoas da equipe não ajudam. (...) Se direcionam para mim, mas tem uma referência cada morador. O CAPS tem que ter esse movimento de entrar na casa. Quando tem problema na casa, ninguém vai. (Referência Terapêutica, Grupo Participativo, Encontro 9)

Mas eu escuto muito dizer assim lá na Residência: “nós somos o CAPS, o CAPS é residência, é todo mundo junto, todo mundo aí coladinho”. Mas não é nada disso não, não é nada disso não, porque, quando o bicho pega, a gente segura a bronca sozinho. (AT, Grupo Participativo, Encontro 9)

Os outros CAPS também passam por situações semelhantes. No Centro, como já falamos, há (mas não oficialmente) uma referência técnica que auxilia a gerência nessa relação com as três casas e o impacto dessa articulação é verbalizada pelos ATs.

Cena – Efeitos da Intervenção de uma Referência Técnica:

Nos meses finais da escrita da tese, visitei algumas RTs durante as suas reuniões técnicas para tirar algumas dúvidas ou perguntar algumas informações que faltavam para a construção da linha do tempo das RTs. Neste dia eu estava na Casa das Violetas e, no intervalo da reunião, tomando café, começamos a conversar sobre assuntos aleatórios.

(Ana, AT)

Você já foi nas Estrelas depois que a referência técnica entrou lá⁴³? Está outra casa! Vai lá, para ver como está! Vai lá, para ver o nosso trabalho!

(Dayse, Pesquisadora)

Como assim nosso trabalho? Vocês foram para lá?

(Ana)

Fomos! A Renata [referência técnica] fez uma escala de revezamento, os ATs daqui e da Minsk circularam pela Casa das Estrelas e eles também nas outras

⁴³ Eu passei três meses fora do país e nesse período a “antiga” referência técnica da Minsk e das Violetas começou a ir na Casa das Estrelas para ajudar na organização do trabalho.

casas, para ajudar a conhecer como a gente trabalha. Menina! Outra coisa, lhe juro!

(Dayse)

Mas o que mudou tanto assim?

(Ana)

Você vai ver! Vai lá! Depois você me conta o que achou. Converse com os ATs de lá para saber se eles também sentem a diferença.

De fato a casa está diferente, mais móveis nas áreas de convivência, tornando o ambiente mais receptível para uma roda de conversa ou descanso das moradoras, mais fotos pela casa e o cheiro de urina no sofá desapareceu. Entra uma referência técnica e começa a mexer com as relações e com as ordens de serviço, colocar reunião técnica semanal, e os ATs começam conversar entre eles. O efeito fica visível na casa, que ganha mais cor, mais vida. E as moradoras menos queixosas.

O que nos chama a atenção é que esta casa tem uma presença significativa das referências terapêuticas, porque tem moradoras que demandam muita atenção. Mas poderíamos avaliar que essa presença não estava com um olhar para a casa, para as relações entre os ATs, mas apenas no cuidado direto com as moradoras das quais eram referência. Acreditamos que esta é a questão central de ter ou não ter uma pessoa com função de coordenador na RT – esse espaço se torna necessário quando as referências terapêuticas olham apenas o morador e não o conjunto morador-casa-AT.

Talvez seja este o grande desafio das Residências, provocar um olhar para a clínica do morar de que podem ser discutidas entre as equipes as intervenções diferentes de visitas domiciliares, que às vezes não têm esse suporte.

3. Papel das Referências Terapêuticas dos Moradores

O terceiro tópico desta questão de gestão e atenção refere-se ao papel das referências terapêuticas. Na Reforma Psiquiátrica a noção de referência é uma grande potência do trabalho, pois se passa a trabalhar com base no vínculo e isso possibilita uma singularidade no cuidado que antes, no hospital psiquiátrico, não existia. Então, passa a existir uma referência terapêutica que estabelece uma relação vincular com o morador para conhecer mais profundamente sua história de vida, queixas, desejos e montar um projeto de vida com ele.

E a noção se extrapola para toda a lógica territorial de cuidado na saúde mental: o usuário tem sua referência, este tem sua miniequipe, e esta é referência de um território específico para as questões de saúde mental (desde matriciamento de serviços a acompanhamento dos usuários que moram na região); por sua vez, a junção dessas miniequipes do CAPS adscrive o serviço numa região do município. Trabalhando do micro para o macro a noção de apoio/matriciamento/referência.

Voltamos então para a noção do trabalho vivo em ato do Merhy (2013; 2014). Para esse autor, o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato, que acontece a partir do encontro dos trabalhadores com o usuário, ele não pode ser capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes estruturados, precisa-se de um grau de liberdade significativo na escolha do modo de fazer esse trabalho.

Existem então duas tecnologias envolvidas no trabalho vivo em ato na saúde: leves – produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho –; leves-duras – saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, psicológica, social, etc. –; e duras – equipamentos tecnológicos tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais (MERHY, 2014).

A efetivação da tecnologia leve do trabalho vivo em ato na saúde expressa-se como processo de produção de relações interseçoras⁴⁴ em uma de suas dimensões-chave, que é o seu encontro com o usuário final, que “representa”, em última instância, necessidades de saúde como sua intencionalidade, e, portanto, o que pode, com seu interesse particular, “publicizar” as distintas intencionalidades dos vários agentes em cena, do trabalho em saúde. (MERHY, 2014, p. 51)

Existe uma abertura presente nessas relações interseçoras que produz uma criatividade permanente do trabalhador em ação numa dimensão pública e privada, podendo inventar novos processos de trabalho ou outras direções não pensadas (MERHY, 2013).

⁴⁴ “(...) o que se produz nas relações entre sujeitos, no espaço das suas interseções, que é um produto que existe para os dois em ato e não tem existência sem o momento da relação em processo, e na qual os inter se colocam como instituintes na busca de novos processos, mesmo um em relação ao outro”. (MERHY, 2014, p. 51)

Cena: Referência Terapêutica do Morador

No fim do encontro, estávamos conversando livremente sobre a pesquisa e as RTs. Perguntei para uma das referências:

(Dayse, Pesquisadora)

Ser referência de um morador é a mesma coisa de ser de outro usuário do CAPS?

(Renata, Referência Terapêutica)

Não. É muito diferente.

(Dayse)

Diferente como?

(Renata)

Você me pegou agora, nunca pensei sobre isso, apenas sinto que é diferente. Sei lá, parece que a gente é meio pai/mãe/amigo, sabe? Tem mais liberdade de falar as coisas. Exemplo: se eu vou fazer uma visita domiciliar e observo algo não muito legal, eu vou buscando palavras, formas de trazer o assunto para discussão e pensar numa intervenção. Na RT a gente chega e vê algo “errado”, já vai logo falando: “Oh, fulano! Por que você está fazendo isso?”. Sabe? Com mais intimidade e sem se preocupar muito. Acho que eles também são assim com a gente.

Sob a perspectiva do Psicodrama, cada papel em que atuamos é uma fusão de elementos individuais e coletivos, o que ele chama de “denominadores coletivos” e seus “diferenciais individuais”.

Teríamos então os papéis assimétricos e seus complementares (mãe-filhos, pai-filhos) e os simétricos (irmãos, primos, amigos). O primeiro papel que experimentamos na vida é o de filho, primeiro em complementariedade com uma função materna que é a de conter, proteger, alimentar, cuidar, proporcionando um marco de segurança. E depois, em complementariedade com uma função paterna, ligados ao exterior, ação e autonomia. O terceiro papel seria o simétrico, em que se relacionamos com os iguais, na horizontalidade, papéis como o de irmão, primo, amigo, aqui estaria nossa aprendizagem sobre compartilhar e competir (BUSTOS, 1990).

De acordo com Bustos (1990), ao longo das nossas vidas, vamos experimentando cachos de papéis que estariam relacionados com os nossos três primeiros: nossas relações amorosas seriam cachos da relação mãe-filho, nossa relação com autoridades e autonomias (por exemplo, chefes), seriam cachos pai-filho, e nossas relações de companheirismo ligadas às nossas experiências com papéis simétricos.

Pensando no papel das referências (ATs e profissionais do CAPS), elas estão o tempo todo transitando entre os três cachos de papéis com os moradores. Podemos até dizer que na relação do AT-morador isso está mais perceptivo, quando este trabalhador precisa ser cuidador e amoroso, mas também precisa trabalhar as questões de autonomia e autoridade daquele espaço, mas também sentir-se amigo do morador. É uma multiplicidade de papéis sendo atuados no híbrido das relações pessoais/profissionais e cuidador/acompanhante.

Mais uma vez reforçamos a importância do trabalho em equipe nessa “dança de papéis”, pois isso sobrecarrega muito o trabalhador. A corresponsabilização do cuidado na rede se faz extremamente necessária num equipamento como a RT.

Na saúde mental, as múltiplas dependências caracterizam uma produção de autonomia. Quanto mais trocas afetivas, sociais, profissionais, mais dependentes os usuários ficam de múltiplos vetores, aumenta sua produção de autonomia. (TYKANORI, 2001)

Pensando nessa multiplicação de “redes de dependências”, Amorim (2008) destaca três eixos principais de corresponsabilização no cuidado nas RTs. O primeiro é a relação CAPS e Residência, como falamos anteriormente. O CAPS não apenas como um serviço de assistência psiquiátrica, mas como um braço da RT, principalmente quanto à relação das referências terapêuticas dos moradores. Sem essa relação bem estabelecida, a tendência é que a casa fique isolada, diminuindo as possibilidades de novas trocas e rede de dependência para o morador (que, a depender do tempo de internação no hospital, tem essa rede bem fragilizada).

Segundo é a corresponsabilização entre a atenção especializada e a atenção básica, especialmente para que as demais questões de saúde do morador sejam tratadas de forma adequada, e não negligenciadas, por ser o usuário um louco. A presença da Equipe de Saúde da Família é bem importante, para compor mais uma rede de cuidado e suporte para os ATs, principalmente em situações em que eles precisam aprender a administrar alguma medicação, fazer curativo, etc.

No formulário do PTS de São Bernardo há um espaço para escrever sobre a relação do morador com a Unidade Básica de Saúde e a Equipe de Saúde da Família.

Todas as Residências que participaram desta fase tinham uma boa relação com a UBS e algumas equipes visitavam mensalmente algumas casas.

A terceira é a corresponsabilização dos diversos setores da comunidade que tenham alguma relação com a casa, vizinhos, escolas, centros religiosos, supermercados, etc. Quanto maior a rede de contágio, maiores são as possibilidades de inclusão de novos atores na rede social e afetiva dos moradores.

(...) só a criação institucional da responsabilização dos profissionais e das equipes por estes atos cuidadores é que poderá redesenhar o modo de trabalhar em serviços de saúde. (MERHY, 2014, p. 131)

Então, teríamos duas reflexões sobre o trabalho em equipe: equipe de ATs em cada casa e equipe dos ATs mais as referências do CAPS. Esta é a realidade das RTs, esses dois equipamentos tentando se encontrar, mas cada um funcionando do seu jeito, ao invés de serem um só e assegurando porosidades entre um e outro.

Qual seria a forma de aproximarmos mais essas equipes? Pensamos em participação em reuniões de equipe e planejamentos dos CAPS. Mas ainda é algo que precisa ser construído e está em passos bem lentos.

Queria dizer que fui na reunião de planejamento e que colocamos as RTs na pauta. Quando chegou a hora, eu falei que a gente precisava discutir a questão das referências terapêuticas dos moradores, pois estamos sem. Mas a reunião já tinha sido tão longa que a resposta foi: “Esse é um assunto complexo que demanda mais tempo de discussão, vamos deixar para próxima reunião.”. Aí fiquei lá com uma cara toda sem graça. Eu vou fazer o quê? (AT, Grupo Participativo, Encontro 11)

Fazer juntos é um desafio muito grande. Funciona da mesma forma do vínculo que falamos na Linha anterior, precisa haver o encontro, a intersecção de desejos, a troca mútua de afetos. Sem isso não há possibilidade de trabalho em equipe.

Pensamos então em ampliar esta discussão pelos PTS. A avaliação do grupo era a seguinte:

Temos um morador que era morador de rua, não fazia nada, andava com saco no meio da rua, comia um tocinho amarrado no barbante, era essa a vida, era um cara morador de rua. Então ele tem que estimular. No CAPS apelidaram ele de couve-flor, apelidaram não,

falaram que o crônico dentro do hospital psiquiátrico é chamado de couve-flor, isso doeu no fundo da minha alma, uma faca que entrou aqui e foi parar no fundo da garganta. Aí eu chamei os ATs: Gente, a gente vai fazer um projeto terapêutico para ele. Pegamos o papel, e era de 2013, a referência ainda é a mesma, mas ele nunca foi lá na casa. Então, agora ele levanta, ele toma o banho dele, ele arruma o quarto dele, a cama dele, ele sai para fazer uma caminhada de 15 minutos, porque ele está obeso e diabético, ele volta, ele ajuda, ele vai para cozinha. Se ele descascar um alho já é legal, se ele lavar uma verdura, já é legal, varrer o quintal. Então, o que a gente faz? A gente coloca eles dentro da residência em atividades. Mas a gente sabe que podia ser mais. (Referência Técnica/Terapêutica, Grupo Participativo, Encontro 10)

Mostrava-se urgente discutir sobre PTS, o que é, qual o objetivo, para quê, como preencher o documento. Este também poderia ser o nosso pretexto para aproximar mais profissionais nas rodas de discussão. Embarcamos então no desafio de tentarmos discutir e *fazer juntos* os PTS dos moradores.

Sabíamos que esse movimento ia ser difícil. E as respostas ao nosso convite foram as mais diversas, desde uma participação bem heterogênea, a nem responder nosso convite. Entendemos que a “pressão da base” é importante, mas que geralmente continua sendo incapaz de modificar as estruturas do conjunto. “A modificação deve intervir ao nível de uma redefinição estrutural do papel de cada um e de uma reorientação do conjunto. Enquanto as pessoas permanecerem paralisadas em torno de si mesmas, elas não enxergam anda além de si mesmas.” (GUATTARI, 1981, p. 96)

Nos foi fundamental esse movimento, porque eram os ATs provocando a discussão dos PTS. Esse movimento nunca aconteceu dessa forma, acontecia quando eram discussões de um caso. Mas não para discutir a ferramenta de trabalho. Os participantes do Grupo tinham claro que, sem *fazer junto*, não há trabalho na Residência.

Gente, é fazer junto, é fazer COM, não é fazer POR. Não vamos fazer por aquela pessoa, mas vamos fazer COM. (AT, Grupo Participativo, Encontro 12)

Os profissionais envolvidos na operação dos PTS precisam atuar no terreno específico das tecnologias leves, nos modos de produzir acolhimento, responsabilizações e vínculos. As referências sempre serão operadores do cuidado e, ao mesmo tempo, administradores das relações com os vários núcleos de saberes profissionais que estão em

relação com o morador, ocupando, assim, um papel de mediador na gestão dos processos multiprofissionais e disciplinares que permitem agir em saúde, diante do caso concreto apresentado, o que nos obriga a pensá-lo como um agente institucional (Merhy, 2014).

Quando fizemos o convite para a discussão de PTS com as referências no CAPS Centro, provocamos uma movimentação da gerência sobre o tema, pois, num CAPS com dificuldades de recursos humanos, que tem três RTs, 28 moradores como usuários, que tipo de modelo de cogestão podemos ter? Centralizam-se ou descentralizam-se as referências? Temos profissionais suficientes para serem referências dos moradores? Como fazer o acompanhamento pela gerência dessas referências?

Muito se discutiu e saiu um desenho de associar as referências terapêuticas aos preceptores da Residência Multiprofissional (que tem a moradia como um eixo de discussão). Desta forma, fizemos o convite aos preceptores para assumirem essa nova função e para participarem da pesquisa. A ideia era auxiliar, via discussão de PTS, a entrada desses profissionais nas casas e que os ATs também os conhecessem.

O efeito não foi muito esse, na prática. Como o convite estava vindo dos ATs, privilegiamos os horários das reuniões técnicas de cada casa para as discussões de PTS. Mas essa agenda não casou com a agenda já existente dos profissionais do CAPS, o que gerou uma presença média de 50 a 0% nas reuniões técnicas das RTs.

No CAPS Farina, não tivemos nenhuma resposta do serviço para colocarmos os encontros em prática. Nem pelas ATs que integraram o Grupo Participante (que acompanhavam o processo pelo nosso grupo de WhatsApp⁴⁵). Esses profissionais foram gradativamente se ausentando do Grupo Participativo, por razões diversas e algumas não ditas. Foram desde a ausência da referência técnica ter provocado um esvaziamento, dificuldade de horário, porque era uma AT da noite e o grupo era pela manhã, até uma sobrecarga de trabalho depois que um morador do Hospital Psiquiátrico Vera Cruz de Sorocaba entrou na casa. A gerência do CAPS mudou duas vezes até o fim da pesquisa, o que dificultou muito o contato com as referências.

No CAPS Alvarenga, que é a RT mais diferenciada na sua gestão (pela coordenação ser a gerente do CAPS, e os ATs fazerem 40 horas semanais, questões que

⁴⁵ Perto do encerramento dos encontros semanais do Grupo Participativo, os participantes sugeriram a criação de um grupo no WhatsApp para facilitar os recados e agenda dos próximos encontros.

Nossos encontros para discussão do PTS levantaram as seguintes questões:

- Necessidade de alguns moradores serem reavaliados pelos médicos. Apesar da mudança das referências terapêuticas de alguns moradores, estes não teriam a mudança do médico – o que poderia ocorrer se levassem em conta a questão das miniequipes de cada território.
- A reavaliação da condição civil de vários moradores, que saíram do Hospital Lacan tutelados e hoje não conseguem ter acesso ao benefício. Essa revisão está nas mãos da coordenação de saúde mental, para fazer uma entrada judicial coletiva.
- A relevância e delicadeza que é fazer uma descrição sobre o “exame psíquico atual”.
- Reflexões quanto à crise e seus desencadeadores, no sentido de começar a observar mais o que dispara as crises e se teria como prevê-las, ou amenizá-las. Além de uma leitura mais aprofundada sobre as formas de pedir ajuda quando não se está bem.
- Sobre diagnóstico e seus sentidos, desde o que “é a doença para o morador” a que tipo de diagnóstico, se saiu do Lacan para poder ter direito ao benefício financeiro, mesmo que não seja o diagnóstico correto.
- Participação da UBS no acompanhamento dos moradores.
- Quais foram os efeitos do desafio que a coordenação de saúde mental lançou para as RTs para estimular um uso autônomo da medicação. Citamos a Gestão Autônoma da Medicação e seus guias.
- Ecomapa e a produção do Projeto Terapêutico a partir dos desejos e necessidades do morador.

O PTS poderia ser então o instrumento que engloba todas as questões aqui discutida nesta Linha. Desde um olhar macro da inseparabilidade da gestão e da atenção, a um olhar micro das questões que estão ligadas à carga horária, à função de coordenação e aos papéis de referência do morador de RT.

Todas essas questões só foi possível discuti-las e, até certo ponto, intervir porque estávamos num Grupo, no qual a fala dos participantes era valorizada, não julgada, e pensamos juntos nos caminhos que se mostravam mais produtivos.

Na experiência de trabalho com equipes, é notória a importância de se processar o trabalho, de organizar propostas alternativas aos que estão presentes. Podemos dizer que conseguimos experimentar esse espaço e principalmente sair do discurso dos “desabafos” (ou queixas) para algumas aberturas de possibilidades. Seria muito interessante que o tom participativo e de tomada da palavra dos trabalhadores da RT continuasse depois da finalização desta tese. Mas este será o efeito que, infelizmente, não conseguiremos avaliar dada a finitude do processo.

Essa noção do trabalho vivo em ato nos posiciona com relação ao trabalho das referências terapêuticas. Não basta tê-las descritas no papel, os profissionais precisam estar presentes com os moradores, e na medida da demanda do morador, junto com o AT nas casas. Porque o trabalho de referenciar um morador (é diferente mesmo) exige uma dança de papéis, uma dança do Lepo Lepo, uma multi-implicação de papéis.

7 - Trançando Linhas: Caso Maritaca

Cena – Maritaca Surge no Grupo:

Estávamos na sala do CAPS realizando nosso Grupo, quando fomos interrompidos por Maritaca que, assim que avistou café lá dentro, sentou numa das cadeiras vazias e começou a pedir café.

(Ana, AT)

A gente está em reunião, dá licencinha, por favor?

(Maritaca)

Hummm, só se vocês me derem um pedacinho de bolo com café.

(Renata, Referência Terapêutica)

O café a gente não sabe... você tem um horário pro café, né?

(Maritaca)

Só um pouquinho, só um pouquinho...

(Renata)

O bolo, eu te dou um pedaço, pode ser?

(Maritaca)

E uma coisinha daquele [aponta para as torradas que estão na mesa].

Renata pega uma fatia de bolo e uma torrada e dá para ela. O grupo volta a fazer a atividade e Maritaca continuava na sala comendo.

(Renata)

Você pode dar licença pra gente? Quer comer aqui, né?

(Maritaca)

Pronto, já vou. Vocês vão me deixar sem café mesmo?

(Renata)

A gente fez acordo agora...

(Maritaca)

Mas nem um golinho assim?

(Renata)

Eu não sei qual é o acordo que foi feito lá com a sua referência.

(Maritaca)

Minha referência não veio hoje.

(Renata)

Mas a equipe tem que vim aqui falar: “Olha, pode dar um pouco de café?”. Vai lá ver se alguém libera. Aí a gente conversa. Se a gente liberar, está rompendo os acordos que a equipe fez com você.

(Maritaca)

Então me dá duas torradas, que eu vou embora.

Maritaca sai da sala e imediatamente ela passa a ser o foco da discussão do grupo, mas logo em seguida ela retorna.

(Maritaca)
Deixe eu ficar um pouquinho.

(Renata)
Agora não.

(Dayse, Pesquisadora)
Volte no final, que você toma café e lanche com a gente, quando acabar.

(Renata)
Pode ser?

(Maritaca)
Gente, eu prometo que fico quietinha, que eu não vou dar um pio... **não tem lugar para mim ficar...** Eu gosto de participar das reuniões...

(Renata)
Quando for uma reunião que seja outro tema, aí você participa.

(Maritaca)
Não se preocupe que eu fico calada...

(Dayse)
Daqui a meia hora você volta, que a gente já vai ter acabado.

Maritaca sai da sala. Mas ela ficou como tema de discussão do grupo, a tarefa que estávamos fazendo ficou para o outro encontro, de tão afetado o Grupo ficou com a presença dela.

Que usuária é esta que mobilizou tanto o Grupo?

Maritaca era uma das internas do Hospital Lacan que saiu para morar numa Residência Terapêutica, no amplo processo de desinstitucionalização empreendido no município. Ela foi para a segunda casa inaugurada, a Casa das Estrelas.

Eu lembro um dia que foi muito marcante: quando ela saiu do [Hospital] Lacan e aí tinha um espelho no CAPS. Ela passou na frente do espelho e falou: “Essa não sou eu, isso é um monstro!”. E ela tem essa fala até hoje. E foi a primeira fala dela: “Não sou eu, quem é essa?”. E eu falava: É você. – “Não, não! Não é!!” E eu acho que até hoje ela se vê assim. (Referência Terapêutica, Grupo Participativo, Encontro 3)

Uma moradora que demanda muita dedicação dos ATs, porque tudo com ela tem que ser muito negociado: “O trabalhado com ela tem que ser pontual e contínuo.” (Referência Técnica/Terapêutica, Grupo Participativo, Encontro 7). Ela é obesa, não toma banho regularmente, tem um comportamento agressivo tanto verbal quanto fisicamente. Nos seis primeiros meses houve alguns episódios menores de agressões na casa, até que Maritaca esfaqueou uma outra moradora...

Cena – O Incidente:

Estava aquela correria, todo mundo sem saber o que fazer, aquela confusão, sangue no chão... Maritaca atacou Ema (outra moradora) com uma faca. Renata (profissional do CAPS), aproxima-se de Ana (AT) e fala:

(Renata)

Ana, vai trocar de roupa porque, quando o SAMU chegar, você vai junto com Ema.

Estava tudo muito confuso, uma correria enorme, estavam ATs do plantão, moradoras e várias pessoas do CAPS que vieram ajudar na situação. Muito sangue no quarto, porque o corte foi profundo e já estava começando a fazer uma poça de sangue.

(Ema)

Me ajuda, me ajuda, me ajuda...

Ema e Ana colocavam a mão no corte, que saía muito sangue, principalmente quando apertava, o sangue jorrava.

(Ana)

Meu Deus Renata, será que pegou uma artéria?

Comenta Ana muito assustada.

O SAMU chegou para prestar os primeiros socorros. Quando os técnicos começaram a avaliar o corte e preparar Ema para levá-la para a ambulância, ela começou a cantarolar bem baixinho, que não dava bem para saber que música era. Entrou na ambulância e foi cantarolando o caminho inteiro. Chegaram no PS Central e ela ainda estava cantarolando. Ana, vendo aquela reação de Ema, começou a se emocionar e precisou de forças para conter o choro.

Quando o médico tirou o curativo provisório que o SAMU fez, deu para ver a extensão e profundidade do corte, era muito grande... E Ema cantarolando... Ela não chorou de dor, nem gritou, não falou nada, só cantarolava...

Enquanto o médico suturava, tentava conversar com ela, fazendo perguntas... E ela só cantarolava...

Quando ele acabou e entregou a receita das medicações que ela precisaria tomar, Ema olhou para ele e perguntou:

(Ema)

Eu vou voltar pra casa?

(Maurício, médico)

Vai sim. Você já está liberada.

Ema então parou de cantarolar, olhou para Ana e abriu um sorriso.

Essa reação de Ema é a cena mais marcante para a AT que vivenciou todo o incidente.

(Ana)

É uma coisa impressionante a forma que eles encaram as tragédias da vida.⁴⁷

O que aconteceu nesse dia colocou toda uma equipe em pânico, sem saber o que fazer. Uma das maiores cenas temidas de qualquer profissional de saúde mental é presenciar uma agressão que poderia ter sido fatal. E essa equipe precisou lidar com a cena e suas consequências. *“Muitas reuniões foram feitas, mas ainda é algo que marca muito a equipe, principalmente para quem estava no dia.”* (AT, Grupo Participativo, Encontro 3).

Quando o SAMU chegou e viu a situação, logo chamaram a polícia, parte do protocolo, já que se tratava de uma agressão com faca. Maritaca então foi encaminhada para a delegacia, um Boletim de Ocorrência foi aberto e ela seria presa, mas a gestão se responsabilizou em levá-la ao CAPS, onde ela ficaria em hospitalidade integral, até que conseguissem resolver a situação. Mas o que fazer com Maritaca?

Cena – O Que Fazer?:

Foi convocada uma reunião de equipe do CAPS que acolheu Maritaca para discutir o caso.

(Profissional 1)

Eu discordo de terem tirado ela da delegacia! Ela cometeu uma tentativa de homicídio! Como é que a gente trabalha autonomia e, na hora que acontece uma coisa dessas, a gente diz que ela não pode ser responsabilizada? Ela tem que responder pelos atos dela.

(Profissional 2)

Concordo! O lugar dela não é aqui, é no manicômio judiciário.

(Profissional 3)

Calma, gente! A gente não conhece direito a história dela, ela só tem seis meses conosco, a gente não sabe de onde ela veio, por que ela está aqui, nada. Então calma, eu sou contra qualquer tipo de internação desse jeito.

(Profissional 4)

⁴⁷ Esta cena foi compartilhada no Grupo durante os encontros que chamamos de “desabafos”. Mesmo com a intensidade dramática que ela foi contada no grupo, ela não foi vivenciada dramaticamente por considerarmos que era mais um espaço de compartilhamento e elaboração verbal.

Eu acho muito legal essa coisa de não internar, mas a gente tem que responsabilizar, porque tanto ela quanto os outros sabem muito bem o que estão fazendo,. Em nenhum momento, ontem e hoje, ela se mostrou arrependida. Ela fez consciente e eu sinceramente acho que ela gostou do que fez.

A equipe decidiu então deixá-la no CAPS e ir trabalhando alternativas para seu caso, conhecê-la melhor, sua história, sua trajetória, e pensar em Projetos Terapêuticos para ela. Descobriu-se que ela passou por diversas instituições totais desde criança, abrigos, FEBEM, manicômios. Ela foi abandonada pelos pais adotivos e desde então viveu em portas giratórias: rua/instituição total, sua última passagem antes de ir para Residência foi o Hospital Lacan.

Ela já foi também usuária de todo tipo de drogas. Ela teve uma filha, essa filha foi tirada dela quando ela tinha 6 meses. Ela tem uma história complexa e de um sofrimento muito grande. É uma menina que foi adotada, que foi rejeitada, foi posta na rua e depois começou a usar drogas, foi para na FEBEM, aprendeu tudo que não prestava na FEBEM, sai da FEBEM, vai pra rua, sai da rua, vai pro manicômio, sai e vai pra rua... Então assim, a vida dela foi de muito sofrimento e ela não tem um diagnóstico fechado. Ela é esquizo? Uns dizem que não. Ela é histérica? Uns dizem que não. Ela é assim... um caso complexo. (Referência Terapêutica, Grupo Participativo, Encontro 3)

Depois de muita discussão e tentativas, a equipe do CAPS decidiu que ela deveria voltar para uma Residência Terapêutica. Escolheu-se a Casa Minsk, moradores mais autônomos e todos homens. Foi providenciado um quarto apenas para ela no andar térreo (a casa tem três andares).

Ela ficou uns três meses lá. Numa convivência muito difícil com os moradores, pelas agressões verbais e principalmente pela atitude de quebrar os objetos da casa.

Então, é uma casa que eles estão mais ou menos no mesmo patamar, é uma casa tranquila. Ai entra essa moradora que quebra tudo, desorganiza tudo, porque eles não são acostumados a quebrar nada, eles não gostam, eles gostam de tudo novo. Por exemplo, a televisão de Samsung, de LED, que eles queriam pra Copa do Mundo (...). Eles se organizaram e compraram essa televisão e ela chega e quebra a televisão! Uma televisão de quase dois mil reais! Eles ficaram muito putos! E eles não querem ela na casa. E eles queriam que ela pagasse a televisão e isso ficou demorando: “Você tem que pagar!”... Isso virou tema de assembleia de CAPS. (...) Leva para assembleia, até que ela

paga mil e duzentos reais. Aí, o outro morador que tinha um pouco mais de dinheiro emprestou, aí foi comprada uma outra televisão, mas que não era a mesma. (Referência Técnica/Terapêutica, Grupo Participativo, Encontro 3)

Nós também, que tínhamos que conviver com ela, dar banho, medo dela pegar e bater na gente, porque ela queria que só eu e ela [aponta para outra AT] desse banho nela. Só nós duas! Todo mundo achou engraçado porque ela deixou fazer a barba, as axilas dela, ela deixou fazer as pernas dela, ela deixou! E assim fomos numa loja comprar tecido para mandar fazer roupa pra ela e a coisa desandou, ela quebrou a loja. Morri de vergonha. (AT, Grupo Participativo, Encontro 3)

Ela nunca se olhava no espelho, aí tem um espelho na entrada. Ela ficava se olhando e mexendo no cabelo e falava: “Tia, estou bonita, né?”. Ela é bonita, fazia tempo que ela não se olhava no espelho. E foi muito engraçado quando a gente passou no médico e tudo, e a gente falou que ela não se olhava no espelho. Só que assim... A gente comprou chinelo para ela, tomava banho e tudo, mas aí, do nada, ela muda. Do nada! (AT, Grupo Participativo, Encontro 3)

Você tinha que saber conversar com ela, porque ela gritava, e os meninos ficavam todos escondidos, ficavam tudo com medo. (AT, Grupo Participativo, Encontro 3)

Apesar das dificuldades descritas acima, a equipe da Casa Minsk estava disposta a investir pelo menos no autocuidado da moradora, todos os acordos em torno do “tomar pelo menos um banho”. Mas nem sempre se conseguia, principalmente quando os profissionais do CAPS iam na casa e quebravam esse acordo, tirando-a de casa, mesmo sem o banho. Então ela começava a manipular desse jeito, quando ela se irritava com os ATs, ligava pro CAPS ou alguém CAPS aparecia e ela descontava nos ATs.

Em função do primeiro incidente com a faca, as “facas de cortar carne” ficavam escondidas, mas ela sabia onde ficavam e um dia ela foi para cima de uma AT, com uma faca na mão.

Cena – Outro Incidente:

Estavam na sala de TV alguns ATs, moradores e Maritaca. Uma AT (Ana) estava no telefone falando com a Referência Técnica (Renata) da casa, quando começou uma gritaria, uma briga entre Maritaca e uma outra AT (Amélia). Quando Ana se virou para ver o que estava acontecendo, Maritaca estava com uma faca de carne na mão, partindo para cima de Amélia.

(Ana no telefone)

MARITACA ESTÁ COM UMA FACA!!!!!!!!!! LARGA A FACA!!!!

Ana largou o telefone e foi tentar ajudar, deixando Renata sem saber o que fazer. Ela estava numa reunião de equipe numa outra Residência que é próxima da Casa Minsk.

(Renata para os ATs)

Minha gente, Maritaca está com uma faca lá! Vamos agora para lá!!!

Renata entrou no carro e foi tentar chegar rápido. As ATs foram correndo a pé. Enquanto isso, Amélia estava tentando se proteger no sofá segurando a faca pela lâmina e Maritaca estava em cima dela tentando cravar a faca em Amélia. Ana não sabia o que fazer, se ela desse uma rasteira, Maritaca podia cair em cima de Amélia e conseguir cravar a faca. Ela começa a gritar:

(Ana)

Meninos!!! Socorro!!! Socorro!!! Me ajudem!!!

Um dos moradores ajuda Ana a empurrar Maritaca, quando ela se afastou um pouco de Amélia, outro morador entrou entre as pernas de Maritaca (que estava nua), pegou no pulso que segurava a faca de um jeito que fez com que ela largasse a faca. Assim que a faca caiu no chão, Ana a pegou e jogou pela janela. Em questão de minutos chegam Renata e as outras ATs na casa. Que junto com os moradores conseguem afastar as duas. Ninguém se feriu gravemente.

E eis o retorno de Maritaca ao CAPS, onde permaneceu até a finalização da pesquisa.

Quando começamos nosso Grupo Participativo, ela sempre foi tema de discussão, porque ela colocava todo trabalho nas RTs em cheque: primeiro, “Ela é moradora de RT?”. Uma pergunta que era constantemente repedita no Grupo. Mas existe isto: ser ou não ser morador de RT? Acreditamos que a pergunta vai mais da direção de “Ela consegue conviver numa Residência?”. Porque esse próprio questionamento dos profissionais já nos aponta para o “não lugar” que ela tem. Afinal, onde mora uma pessoa de difícil convivência? O que fazer com as agressões verbais e físicas, principalmente fora das crises? Quem deve manejar a situação? E os outros moradores, que vozes eles têm numa convivência difícil como esta? E tentativas de homicídio? O que fazer com os

moradores/trabalhadores em questão? Responsabilizá-los ou não? E sim, responsabilizá-los como? Na forma do código penal?⁴⁸

E a principal pergunta: para onde vai Maritaca? Ela mesma fala: “Não tem lugar para mim ficar.” (cena do início do tópico).

A equipe do CAPS vem negociando o seu retorno à Casa Minsk. Uma primeira abordagem foi construir um Núcleo das Residências Terapêuticas do CAPS Centro com o objetivo de discutir entre os trabalhadores, principalmente ATs das três casas, questões da Residência e ir aos poucos pensando em estratégias para colocar o caso da Maritaca na roda de conversa.

Durante o período da pesquisa, esses encontros aconteceram três vezes com as ATs e algumas vezes somente entre as referências terapêuticas da Maritaca. Percebemos que, com o início do nosso Grupo Participativo, esses encontros foram sendo desmarcados e pararam de acontecer. Talvez isso tenha acontecido pela existência, do no Grupo que atendia, o objetivo de construir um espaço de encontro entre os ATs. Por isso eles decidiram então provocar a discussão apenas com os ATs da Casa Minsk. Eram reuniões semanais para discutir na casa. Os moradores ouviam as discussões e começaram a dar sinais de insatisfação, mas não entravam na roda de conversa. A situação estava bastante delicada e, em um dos encontros da Fase 2 da pesquisa, na Casa Minsk, os ATs pediram para que eu participasse também dessa reunião.

Com você aqui a gente se sente mais seguros e fortes para dizer que não queremos ela de volta, ainda mais com apenas cinco ATs para dividir os plantões. Porque, você vai ver, a gente fala e eles [referências terapêuticas da Maritaca, são quatro] não levam a sério o que a gente está falando. Um inclusive falou: “Quem estiver insatisfeito com o trabalho, pegue seu banquinho e saia de mansinho.”, pode isso?”. (AT, Encontro Fase 2, Casa Minsk)

Interessante perceber a tomada de palavra, um efeito da grupalidade provocado a partir dos nossos encontros e da segurança que elas encontraram para discutir sobre as questões cotidianas do trabalho, sem se sentirem julgadas.

⁴⁸ Uma boa discussão sobre o desafio de pensar a responsabilização do usuário de saúde mental em caso de infração está presente no Capítulo 6 da tese de Alyne Silva: SILVA, A. A. **Das Vidas que (não) se contam: dispositivos de desinstitucionalização da medida de segurança no Pará.** Tese de Doutorado em Psicologia Social. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2015.

A reunião foi apenas com os ATs e as referências terapêuticas da Maritaca (sem os moradores). Estava claro que o objetivo era trazê-la de volta. Chamava a atenção os ATs dizendo: “Os moradores não querem ela.”, as referências ouvindo e ninguém os chamava para participar, mas eles estavam na sala ao lado ouvindo tudo.

Uma das referências propôs que os PTS dos moradores pudessem ser revistos a partir da relação de cada um com Maritaca. “Mas eles não têm PTS. A gente está tentando fazer isso com a ajuda da pesquisa, mas nenhuma referência terapêutica do CAPS veio participar dos nossos encontros.” (AT, Reunião Caso Maritaca).

E assim ficou a situação. Essas reuniões foram sucessivamente desmarcadas até que se para de marcá-las, evidenciando os impasses e os desafios em jogo.

Atualmente, neste período de transição do governo no município⁴⁹, a situação passou a ser delicada. A promotoria do município pressiona a gestão para interná-la desde um incidente em que Maritaca saiu do CAPS “fugida”, ficou andando nua pela rua e alguém a fotografou e colocou numa rede social de bastante acesso (Facebook, na página da cidade de São Bernardo). Além do difícil manejo cotidiano do caso no CAPS/RT, tem a promotoria e a eminência de uma nova gestão que não tem o direcionamento a favor da Reforma Psiquiátrica, colocando a possibilidade, agora real, de internação. Internar Maritaca é abrir precedente para internar os casos difíceis da rede. “*Onde passa um, passa uma boiada.*” (Coordenadora de Saúde Mental, Entrevista)⁵⁰.

Do lado dos trabalhadores das Casas, por qual caminho olhar? O medo de uma atitude disruptiva sinaliza as dificuldades de sustentação de um trabalho. “*Enquanto ela não mata, o que fazemos com ela?*” (AT, Grupo Participativo, Encontro 7).

O caso Maritaca provoca um entrelaçamento de tudo o que viemos apresentando e discutindo nesta tese. Ela escancara as bordas do movimento da Reforma Psiquiátrica e coloca os trabalhos nesse híbrido multi-implicacional dos valores e dos caminhos de cuidado com uma usuária tão complicada como ela.

Na perspectiva do vínculo, ela é uma usuária com muitas referências terapêuticas (são quatro profissionais), mas numa relação difícil de se manter, pois o limite (inclusive

⁴⁹ O partido da atual gestão perdeu a eleição municipal, mais detalhes nas Considerações Finais.

⁵⁰ Além da Maritaca, a gestão está discutindo com os trabalhadores da Casa Minsk para a entrada de um usuário que está na mesma situação clínico-política que ela. Esse movimento, já provocou diversas insatisfações dos moradores, levando até um deles fazer uma carta de despedida e saiu de casa.

físico) desse encontro é muito fino. Ela pode estar mais receptiva a negociações num dia, mas em outro ela se torna agressiva.

Cena: Vínculo e Maritaca

Estamos no Grupo fazendo o processamento da vivência dramática da ferramenta “fazer junto”, e o caso Maritaca volta a ser discutido no Grupo.

(Renata, referência terapêutica)

Eu vou fazer uma provocação. Eu acho que ninguém conseguiu acessar ela. Porque o projeto terapêutico não é nosso, é o usuário que constrói para a vida dele. E a gente tem desejo de montar o PTS pra ele, por isso que eu venho muito pensando no que é Projeto Terapêutico. Que a gente fala assim: “Não toma café, não come bolo.”, parece que é nossa vontade. Eu acredito que ninguém conseguiu acessar a Maritaca. Vínculo é conseguir acessar o usuário.

(Dayse, pesquisadora)

Ninguém conseguiu ou ninguém consegue ou não conseguirá acessar Maritaca?

(Ana, AT)

Não conseguiu, eu acho que tem pessoas que têm essa possibilidade, mas não têm o desejo de conseguir, porque têm medo, têm receio...

(Amélia, AT)

Porque o medo impossibilita muito isso, né? Porque você dá a sua cara pra bater mesmo.

(Renata)

Será que essa coisa de bater não é uma coisa de defesa dela, que ela sempre colocou como uma defesa? É isso que eu me pergunto. Será que a vida não ensinou ela se defender dessa maneira?

(Ana)

Pode ser... Eu entendi a sua colocação e concordo, só que é assim: nós temos outros casos, em todas as outras residências de não vínculo também. Com o tempo, com o passar dos anos, a gente cria um vínculo e o que eles faziam, que era bater, que era cuspir, que era quebrar, eles não fazem mais. Aprendeu a comer, aprenderam a lavar louça, aprenderam a ir no banheiro e se limpar. Então a gente meio que educou, por isso que agente fala: “Ó lá seus filho lá!”. Porque é mesmo, é como se fosse nossos filhos, entendeu? Agora ela, enquanto ela... eu falo dela e me arrepio todinha... Enquanto ela ficou lá, a gente tentou esse vínculo, a gente tentou, mas ninguém consegue ter vínculo com ela.

(Renata)

Não consegue acessá-la. Por que não consegue acessar? Porque tem medo, tem receio. O quanto que essa mulher... Eu, na minha santa ignorância, eu acredito que ela já tentou deixar que as pessoas acessassem ela, e aí, quantas frustrações essa mulher já teve? Eu penso nisso, porque, se eu deixo que as pessoas me acessem, eu vou tentando, se eu me frustrar, eu me bloqueio. Vai muito mais além do que isso. Ela não deixa ser acessada, pode ser quem for.

(Ana)

A equipe inteira é referência dela aqui no CAPS.
(Renata)

Agora, você imagina, a equipe é referência dela. Mas não consegue acessar. Por isso que eu penso na fala da coordenadora: “Não vamos desistir.”. E a gente ainda não conseguiu acessar ela. Os outros a gente conseguiu com muita demora, mas ela ficou num trajeto de quase sete meses na casa, depois ela já veio pro CAPS. Depois foi as frustrações de volta pra Residência.

Tudo com ela precisava ser negociado: banho, café, cigarro, roupas, saídas do CAPS. Acaba sendo uma usuária que demanda muita atenção dos trabalhadores de onde ela está. A gestão do cuidado no cotidiano com ela é um dos grandes debates entre as equipes, sem decisões muito claras a não ser negociações com banho e com quantidade e horário de café e cigarro. Uma Residência seria possível, mas necessitaria de alguns investimentos, principalmente na relação AT-referência terapêutica.

Uma casa como a Minsk seria de fato uma opção, pelo perfil dos moradores, que estão há mais tempo juntos e há uma solidariedade entre eles muito grande, além da questão de gênero, que poderia diminuir os conflitos dentro da casa. Mas justamente por esse perfil, esta é uma casa que tem menos ATs e, como falamos antes, ela é uma usuária que demanda atenção, por isso precisaria contratar ou remanejar mais ATs para a casa. Isso apenas pensando do lado dos ATs da casa, mas e os moradores?

Aí perguntaram lá: “Vocês querem que a Maritaca volte?”. Todos disseram “não”. Sabe o que o técnico responde? “Mas aqui é a casa dela também.”. Ai eles ficam tudo sem graça. O que responder depois de uma fala dessa? (AT, Grupo Participativo, Encontro 3)

Parece que a ida dela não passa pela aprovação dos moradores, mas sim pela decisão da gestão e dos trabalhadores envolvidos.

Que tipo de atenção de fato ela precisa? Na experiência anterior na Minsk, o foco era o banho e o autocuidado, que, segundo os ATs, estavam funcionando e era algo que estava em construção. Mas as intervenções das referências terapêuticas dificultavam as negociações, pois “não estavam falando a mesma língua” (Referência Técnica/Terapêutica).

Porque, de fato, em nenhum momento discutiram sobre o PTS de Maritaca. Quais eram as suas relações? Seus desejos? Onde investir o cuidado no cotidiano da casa e na

atenção do CAPS? Essa era uma questão discutida superficialmente, segundo os ATs, nunca realmente discutido seu PTS. Talvez por isso o banho era algo tão importante nas negociações na RT. E no CAPS as negociações passavam por isso, mas com foco na relação dela com os outros usuários e os trabalhadores.

Interessante perceber como os incidentes se sobrepõem às relações com ela. Fazendo uma busca de vídeos sobre Residências Terapêuticas, encontrei um vídeo de São Bernardo com Maritaca cantando, ainda na primeira RT em que ela morou⁵¹. Ao comentar sobre este vídeo, uma AT comentou que ela gostava muito de cantar todos os dias, inclusive ela cantava músicas em inglês e que tinha uma memória muito boa para elas. Mas essa não é uma memória afetiva que vem primeiro, quando falamos de Maritaca, vêm sempre os incidentes, principalmente para quem estava presente em alguns deles.

Quando me perguntaram o que eu achava da Maritaca, eu falei: Alta periculosidade. Estão se fazendo um monte de experimento com Maritaca e estão vendo que não dá! Ela vai precisar matar alguém para depois falar: “Nossa!, não dá para ficar, então vamos colocar num outro lugar.”. Calma! Ela vai ter que matar alguém? Porque tem casos que os moradores são perigosos, porém a gente controla. Não sei, mas com Maritaca tem um Q a mais. Ela sempre teve, sempre teve. (AT, Grupo Participativo, Encontro 7)

Você trabalha com medo de morrer. Então, Deus que me perdoe, mas eu acho que o lugar dela não é aqui, não é residência, não é CAPS, é num lugar que ela se preserve e que preserve as pessoas. Porque, se der na cabecinha dela que ela vai matar, ela vai matar e acabou, ela não vai pensar duas vezes. Ela não vai pensar duas vezes. Com o Maritaca eu não sei, mas eu sei que ela eu conheço. (AT)

De fato, ela provoca um “jogo de responsabilizações” entre os serviços, incluindo a interferência da promotoria, que pede constantes relatórios sobre ela. Principalmente por esse motivo, nessa troca de gestão, a aposta é que permaneça no CAPS. Já que são vários profissionais que circulam no serviço e conhecem o caso, há menos chances de ocorrer uma intervenção da promotoria obrigando a interná-la. Na RT ela ficaria mais vulnerável às questões que provocam conflitos na casa e pode até ocorrer outro incidente,

⁵¹ Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=dMhFhZ1nvsk>>

e não se garante que a gestão que assumirá o serviço irá fazer a mesma aposta de não interná-la.

Uma coisa que me lembra muito do caso dela foi um curso de preceptoria da UNIFESP que participei. Ela, no trabalho das meninas, foi um morador que, pra Residência Terapêutica de um hospital x, com 25 anos, e quando ele saiu ele não conseguiu dar conta. Ele ficou na residência e em CAPS por volta de 5 anos, 5 anos a equipe tentando esse projeto terapêutico, e chegou uma hora que a Promotoria entrou, porque ele agredia todo mundo, e ele voltou pro manicômio. Ele não consegue viver... Ele não consegue viver nessa liberdade. E eu penso muito nessa questão dessa moradora. O quanto ela não dá conta dessa liberdade. O quanto ela foi condicionada nessa vida. (Referência Terapêutica, Grupo Participativo, Encontro 9)

Por isso dissemos anteriormente que ela provoca um transbordamento dos limiares ético-político-clínicos da Reforma Psiquiátrica. O que fazer com uma usuária/moradora que tem dificuldade de relacionar-se com outras pessoas? Que usa agressividade como meio de “vinculação”? Que tem um histórico de agressões físicas com objetos cortantes, que chama a atenção na rua, seja pela sua imagem, seja pelo jeito de falar e pelas palavras consideradas obscenas? Esta era a grande pergunta no Grupo: o que fazer com Maritaca? Qual é o lugar dela?

Essa agressividade pode também... pode ser uma defesa dela, não sei. As primeiras vezes que ela veio ficar aqui no CAPS mesmo, ela falava assim: “Eu sou horrível, eu sou gorda, eu sou feia, eu sou um monstro. Deixa!!! Deixa eu fedorenta mesmo!!!!”. É como se, se tiver fedorenta, ninguém vai se aproximar de mim. Eu acho que ela tem esse lado. (Referência Terapêutica, Grupo Participativo, Encontro 7)

Tal é a aposta de SBC: “não vamos desistir de ninguém”. Trabalha-se com os acontecimentos e os efeitos deste caso, na direção ético-política da desinstitucionalização da loucura: lidar com os casos insolucionáveis, que não têm resposta clara, nem conduta protocolada. Trabalhar com a loucura de cada um, sem desinvestir na liberdade, não é uma tarefa fácil. Mas, justamente por isso, a inseparabilidade entre gestão e cuidado é crucial: é necessária uma constante discussão entre os atores que estão na rede de relações da Maritaca.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Desinstitucionalização do manicômio: é interminável” (LEONARDIS, MAURI, ROTELLI, 1990, p. 70)

Como se conclui uma pesquisa participativa? Ainda mais num campo-tema e território com tanto movimento?

Em primeiro lugar, o que se encerra é o processo da escrita da tese, mas o território continuará produzindo conhecimento o tempo inteiro. Interessante seria se o projeto dos encontros entre as ATs do município permanecesse ativo. Mas são tantas mudanças, tantas prioridades neste momento político que vivemos...

Fazer um doutorado, passar quatro anos com esse campo-tema (acrescentando mais dois do mestrado e um ano de construção do projeto de doutorado, somando 7 anos no total) nos levou a acompanhar as modulações políticas e clínicas da saúde mental.

Estes dois últimos anos talvez tenham sido os mais difíceis para o movimento da luta antimanicomial desde a instituição da Lei 10.2016.

Em 2015 a política de Saúde Mental levou um duro golpe. Movida por rearranjos políticos, e como parte da estratégia de assegurar apoio do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), a presidente Dilma Rousseff (segundo mandato, que seria 2015-2019) mudou o Ministro da Saúde: saiu Arthur Chioro (do Partido dos Trabalhadores) e entrou Marcelo Castro (do PMDB)⁵².

Campanhas foram realizadas pelas redes sociais pedindo a volta de Chioro, mas não obtiveram nenhum efeito. Já estávamos esperando que algo fosse acontecer, pois logo em seguida a Associação Brasileira de Psiquiatria (APB) – que é conhecida por ser contrária à Reforma Psiquiátrica – marcou uma reunião com o novo ministro. Logo os movimentos sociais antimanicomiais se organizaram para conseguir que esta reunião fosse reagendada e que o ministro também recebesse uma comissão de profissionais da

⁵² Notícia *online*: <<http://g1.globo.com/politica/noticia/2016/02/dilma-renomeia-marcelo-castro-para-o-cargo-de-ministro-da-saude.html>>.

Rede de Saúde Mental, com o objetivo de defender a atual Política de Saúde Mental⁵³.

No dia 10 de dezembro de 2015, Castro retira do cargo da Coordenação Nacional de Saúde Mental Roberto Tykanori Kinoshita, e nomeia Valencius W. Duarte Filho como novo coordenador. Valencius foi diretor por 10 anos da Casa de Saúde Dr. Eiras, o maior hospício da América Latina, localizado no Rio de Janeiro, e que foi fechado em 2012, dois anos depois, de ordem da justiça para que as atividades no local fossem encerradas devido a uma série de denúncias das condições sub-humanadas em que os internos viviam⁵⁴.

Estarrecidos com a notícia, iniciou-se diversas campanhas para revogar essa nomeação: Abraço à RAPS⁵⁵ – profissionais, usuários, familiares e simpatizantes fizeram um abraço coletivo aos CAPS, que aconteceu no dia 14 de dezembro de 2015; petição pública contra a nomeação; articulação com o Conselho Nacional de Saúde; e em 15 de dezembro de 2015, manifestantes contra esta nomeação ocuparam a sala da Coordenação Nacional de Saúde Mental para impedir que o novo coordenador assumisse o cargo e pedindo que sua nomeação fosse revogada; a ocupação permaneceu até 19 de abril de 2016⁵⁶.

Audiências Públicas foram realizadas nos dias 15 e 17 de dezembro de 2015, com o apoio ao movimento de alguns deputados federais. E, para manter a sociedade informada sobre a ocupação, o grupo criou uma página na rede social Facebook chamada de Ocupação Fora Valencius – contra o retorno da lógica manicomial, para divulgar notícias. Enquanto a ocupação acontecia, várias atividades eram realizadas na frente do prédio: oficinas, aulas abertas, rodas de conversa. Qualquer atividade era bem-vinda para chamar a atenção em Brasília e manter a discussão. Enquanto isso, nas demais cidades,

⁵³ Notícia *online*: < <http://site.cfp.org.br/sistema-conselhos-repudia-troca-de-coordenador-de-saude-mental-do-ministerio-da-saude/>>.

⁵⁴ Notícia completa disponível em <<http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,ministro-nomeia-ex-diretor-de-manicomio-para-coordenar-area-de-saude-mental,10000004843>>.

⁵⁵ Evento organizado através da Rede Social Facebook < <https://www.facebook.com/events/1684838555072753/>>.

⁵⁶ Notícia completa disponível em <<http://brasileiros.com.br/2016/04/em-clima-politico-tumultuado-policia-desmantela-ocupacao-de-121-dias-no-ministerio-da-saude/>>.

reuniões foram convocadas para se pensar o que fazer diante dessa ameaça ao retrocesso da Política de Saúde Mental.

A ocupação na sala da Coordenação de Saúde Mental acabou dia 15 de abril de 2016, com a presença de oficiais da justiça e policiais; há relatos de truculência desnecessária, mas nenhum incidente mais grave foi reportado. Doze dias depois (27 de abril), Marcelo Castro saiu do Ministério da Saúde, intensificando os questionamentos sobre a manutenção de Valencius na coordenação. Finalmente ele foi exonerado no dia 06 de maio de 2016 pelo então Ministro da Saúde, José Agenor Alvares, colocando Keyla Kikushi, integrante da equipe técnica do MS e profissional próxima ao movimento antimanicomial⁵⁷.

Apesar desta (relativa) vitória na Saúde Mental, o país entrou numa grande instabilidade política quando a Câmara dos Deputados aprovou o processo de *impeachment* contra a então presidente Dilma Rousseff, afastando-a do cargo até a votação no Senado, que também foi a favor do *impeachment*. Assumiu então o vice, Michel Temer. Seu governo tem atualmente apenas 10% de aprovação da população⁵⁸.

No âmbito de São Bernardo do Campo, o partido da atual gestão (PT) não foi eleito. Ganhou Orlando Morando (PSDB)⁵⁹. Dando início a uma transição de governo, na qual a gestão atual tenta fortalecer os serviços e assegurar o vínculo que foi estabelecido com os usuários.

Com relação especificamente às Residências Terapêuticas, estes foram os encaminhamentos: a questão dos aluguéis das casas foi averiguada e três vencerão no primeiro semestre de 2017, tentou-se adiantá-los, mas não foi possível, porque teriam que entrar no planejamento orçamentário de 2017, que já será na próxima gestão. Junto com a promotoria foi criado um documento com todos os serviços da RAPS, e na lista das Residências tem os nomes de todos os moradores e suas situações com relação a benefícios e interdições judiciais. Também será feito um documento com o nome de todos os internos dos outros hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo que são

⁵⁷ Notícia completa disponível em <<https://www.abrasco.org.br/site/2016/05/a-saida-de-valencius-e-uma-importante-conquista-dos-movimentos-sociais/>>.

⁵⁸ Notícia completa disponível em <<http://g1.globo.com/politica/noticia/governo-temer-tem-aprovacao-de-10-e-reprovacao-de-51-diz-datafolha.ghtml>>.

⁵⁹ Notícia completa disponível em <<https://www.eleicoes2016.com.br/candidatos-sao-bernardo-do-campo-sp/>>.

naturais de São Bernardo, caso a RT ligada ao CAPS Silvina consiga ser implantada (estão em busca da casa e há um incentivo pago pelo estado para essa montagem, de acordo com o processo de desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos estaduais). Teve também uma reunião com a promotoria para dar andamento aos processos de tutela/curadoria/interdição de alguns moradores, para que eles possam acessar o dinheiro das aposentadorias e também para dar entrada no PVC ou LOAS para os moradores que não recebem nenhum benefício financeiro. A Casa Minsk possivelmente irá receber mais um morador que vive no CAPS e sua família está ameaçando interná-lo, numa tentativa de construir uma autonomia do cuidado para esse usuário, pela RT. E a Maritaca continuará no CAPS Centro (mas será mantido o quarto dela na Casa Minsk), pois será mais seguro que o CAPS continue com o caso, do que ela ir para a Minsk, com o risco de acontecer algum incidente novamente, e conseguirem interná-la compulsoriamente.

E a nossa pesquisa? Quais são as nossas considerações finais depois de tanta intensidade afetivo-política durante a pesquisa?

Afeto pelo campo-tema da Residência Terapêutica, que me toma desde que conheci a primeira moradora, em 2005, quando ainda era estagiária num CAPS em Aracaju. Desde essa época, discutir Reforma Psiquiátrica e desinstitucionalização na saúde mental é também discutir sobre o processo de constituição das Residências, tão singular em cada cidade, tão singular com cada morador.

Afeto por São Bernardo, que me acolheu desde o Curso de Especialização em Saúde Mental e topou, desde o início, o projeto de pesquisa e apoiou o espírito participativo da proposta.

Afeto pelos participantes, que se colocaram à disposição da pesquisa, mesmo depois do encerramento do Grupo, mantendo nossos diálogos pelo grupo do WhatsApp. Ajudando-me na escrita da tese, apoiando os movimentos, as paradas, e respondendo as minhas constantes perguntas. Nos últimos meses da escrita da tese, voltei diversas vezes para SBC, principalmente para as festas de fim de ano (e de despedida da gestão que estava saindo por causa da transição) e, infelizmente, para dois velórios de moradoras. Esses últimos só reforçavam o quanto o trabalho com os moradores passa por um plano afetivo muito intenso, muito mobilizador.

Com tanto afeto envolvido, a escrita tornou-se difícil. O afastamento durante meu período fora do Brasil ajudou a, no mínimo, parar a produção de dados. Comecei a ficar atenta quanto à minha sobreimplicação, apontada por Lourau (2004d), quando o engajamento (político, com o serviço, com o campo-tema) se sobrepõe à análise de implicação.

Mas como não sobreimplicar, quando se visualiza um cenário político que pode desconstruir todo um projeto de atenção à saúde mental, como está aqui descrito na tese? Os problemas que apontamos, temos muito claro que eles existem para serem discutidos e superados, coletivamente. Pois entendemos que existe muita potência no trabalho, principalmente quando colocamos essas questões em roda e estimulamos o encontro dos trabalhadores.

Importante posicionar nosso trabalho política e historicamente, com o momento em que estamos realizando esta pesquisa, e, inclusive posicionar a participação dos trabalhadores na luta a favor da saúde pública e do cuidado em saúde mental em liberdade.

Todo esse envolvimento só foi possível pela decisão metodológica que tivemos. Como falamos no início do trabalho (Linha 2), não há uma fórmula para se replicar uma metodologia participativa, mas temos que ter pistas que nos norteiem ética, política e metodologicamente: seguir o fluxo do campo-tema e apostar nas decisões do coletivo quanto ao rumo da pesquisa. O que torna a execução da pesquisa muito prazerosa, pois, como pesquisadora, comecei a sentir-me parte daquele contexto grupal também.

Sentimos que poderíamos ter produzido mais conteúdo formal (textos) no Grupo Participativo, se não tivéssemos a limitação do tempo e os “atropelamentos” que os acontecimentos políticos provocaram no território.

Esta fica uma grande questão quanto à metodologia participativa: será que conseguimos realizá-la, mesmo não produzindo o material que esperávamos?

Pelo lado da postura cartográfica, mantivemos nosso posicionamento de seguir o Grupo a todo custo, mesmo que isso nos “custasse” não completar as discussões das ferramentas que tínhamos planejado. Porque, apesar do conteúdo desta tese ter sido produzido com os participantes, muito tem das minhas reflexões a partir da minha vivência com os participantes, não conseguimos produzir coletivamente em sua totalidade

participativa as ferramentas do cuidado na reabilitação psicossocial. Mas reforçamos que, para este tipo de trabalho, o tempo mais longo, a processualidade e o caráter mais coletivo da pesquisa, com mais pesquisadores, fazem-se importantes.

O que nos aponta para as potências e os entraves que esta metodologia pode produzir. Potências de os participantes se sentirem seguros e à vontade para tomar decisões quanto à presença da pesquisa no seu trabalho e como ela pode entrar para provocar uma intervenção desejada, mas que não tinha terreno fértil para acontecer (a exemplo da discussão sobre o papel das referências terapêuticas). Entraves, para o lado do pesquisador, que precisa argumentar e validar a produção e análise dos dados.

O efeito no pesquisador é tão intenso, que, depois dessa experiência, não consigo pensar pesquisa que não seja com esse viés participativo, principalmente nos serviços públicos de saúde. A presença do Psicodrama também reforça esse efeito, pois torna mais rico, espontâneo e criativo quanto às possibilidades de intervenção no campo. O Psicodrama facilitou a integração do Grupo e nos proporcionou boas leituras grupais, assim como a produção de cenas que alcançavam o nosso objetivo de discutir o cotidiano do trabalho num plano mais intensivo.

Seria interessante manter a discussão da nossa produção quanto às ferramentas da reabilitação em outras Residências com o Grupo (e em outros municípios), na direção de manter presente no cotidiano dos trabalhadores o espaço para encontro e discussão do trabalho. Inclusive de colocar em discussão e pensar em formas de tornar as Residências mais casas dos moradores do que serviços de saúde mental, numa experimentação da saída dos trabalhadores da RT e assumindo outras funções nos CAPS, relacionado ao híbrido que é ser cuidador e acompanhante terapêutico, na direção de uma clínica do morar. Pois nossa pesquisa também teve um caráter formativo, no sentido de ser um espaço para “deixar aprender”, de Juan Carlos De Brasi:

“aprender é poder receber, elaborar e experimentar conhecimentos, afecções, formas de pensamento, práticas diferenciais, etc, de acordo com nossos mecanismo pessoais de captá-las, mobilizá-las e potencializá-las transformativamente” (DE BRASI, 1987, p. 47).

Neste momento sociopolítico tão instável, podemos fechar nossa tese aqui, reafirmando que é possível *criar o possível* através do encontro de corpos, de acreditar

nas experimentações (DELEUZE, 2000). O possível é o processo para a realização. O cansaço apenas esgota a realização, mas nunca as possibilidades, pois é pelo esgotamento que é possível criar novas linhas de fuga.

Acreditamos na potência das Residências Terapêuticas, nesse equipamento híbrido, mas que coloca o tema da loucura na sociedade, promovendo aos moradores ganhos singulares de autonomia para tocar a vida diária e enriquecendo suas redes de compromisso, neste mundo não protegido, mas onde se afirma uma vida em nós.

Afinal... como sugere o próprio AT, referindo-se a certos moradores: “Eu monto o projeto, ele volta atrás, monta projeto, ele volta atrás. Eu acho que nem é projeto, eu acho que tem que ter outro nome. Do que pensar para essa vida. Fazer pensar a vida dele.”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGOSTINHO, Manuela. Ecomapa. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, [S.l.], v. 23, n. 3, p. 327-30, maio 2007. ISSN 2182-5173. Disponível In: <<http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10366>>. Acesso In: 04 jan. 2017.

AGUIAR, M.; TASSINARI, M. O Processamento no Psicodrama. In: ALMEIDA, W. C. (org.) **Grupos: a proposta do psicodrama**. São Paulo: Ágora, 1999. p. 111-126.

ALMEIDA et al. Empoderamento e Atenção Psicossocial: notas sobre uma associação de saúde mental. **Interface: comunicação, saúde e educação**. v. 14, n. 34, 2010. p. 577-589. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop1410.pdf>>. Acesso em 02/08/2016.

ALVAREZ, A. P. E. et al. As Oficinas como Espaço do Protagonismo dos Sujeitos no Processo de Avaliação. In: CAMPOS, R. O. et al (orgs.) **Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e feitos da narratividade**. São Paulo: HUCITEC Editora, 2013. p. 300-318.

ALVES, L. F. R. O Protagonista e o Tema Protagônico. In: ALMEIDA, W. C. (org.) **Grupos: a proposta do psicodrama**. São Paulo: Ágora, 1999.

AMATO, M. A. Psicodrama no Ensino de Psicodrama. In: BUSTOS, D. (org.) **O Psicodrama**. 3 ed. São Paulo: Ágora, 2005. p. 201-236.

AMORIM, A. K. M. A. **O Serviço Residencial Terapêutico: cartografias de um híbrido no contexto da desinstitucionalização em saúde mental**. Tese de Doutorado em Psicologia Social. Natal-RN: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2008.

BADARÓ-MOREIRA, I. **Trajetórias: protagonismo de usuários de serviços de saúde mental nas ações de ensino-aprendizagem em saúde**. Projeto de Extensão Universitária 2015-2016. Universidade Federal de São Paulo – Baixada Santista, 2014.

BADARÓ-MOREIRA, I.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Saúde Mental e Atenção Básica: análise da implementação de ações pela perspectiva dos usuários. In: SILVA, I. C. da; PIGNATELLI, M.; VIEGAS, S. M. (coord.). **Livro de Atas do 1º Congresso da Associação Internacional de Ciências Sociais e Humanas em Língua Portuguesa, 2015**.

BARROS, R. B. de. Dispositivos em Ação: o grupo. **Cadernos de Subjetividade**. São Paulo, 1996. p. 97-106. Disponível em <<http://docslide.com.br/documents/dispositivos-em-acao-o-grupo-regina-benevides-barros-.html>> . Acesso em 30/08/2016.

BARROS, R. B. de. **Grupos: a afirmação de um simulacro**. Porto Alegre: Sulina/Editora UFRGS, 2007.

BARROS, L. M. R.; BARROS, M. E. O Problema da Análise em Pesquisa Cartográfica. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; TEDESCO, S. (orgs.). **Pistas do Método da Cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum**. v. 2. p.15-41. Porto Alegre: Sulinas, 2014.

BARROS, S., BICHAFF, R. **Desafios para a Desinstitucionalização dos Moradores em Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo**. São Paulo: FUNDAP: Secretaria da Saúde, 2008. Disponível em <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/censo_psicossocialSP.pdf>. Acesso em 18/07/2016.

BARROS, M. E. B.; SILVA, F. H. O trabalho do cartógrafo do ponto de vista da atividade. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; TEDESCO, S. (orgs.). **Pistas do Método da Cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum**. v. 2. p.15-41. Porto Alegre: Sulinas, 2014.

BASAGLIA, F. A Destruição do Hospital Psiquiátrico como Lugar de Institucionalização: mortificação e liberdade do “espaço fechado”. In: AMARANTE, P. (org.) **Escritos Seleccionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005a. Disponível In: <https://books.google.co.uk/books?id=V7-adciWTPsC&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false>. Acesso em 10/08/2016.

_____. Um Problema de Psiquiatria Institucional: a exclusão como categoria sociopsiquiátrica. In: AMARANTE, P. (org.) **Escritos Seleccionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005b. Disponível In: <<https://books.google.co.uk/books?id=V7-adciWTPsC&printsec=frontcover&hl=pt->

BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false>. Acesso em 10/08/2016.

BOUQUET, C. M. **Fundamentos para una Teoría del Psicodrama**. Argentina: Siglo XXI Editores, 1977.

BRANDÃO, C. R. Participar-Pesquisar. In: BRANDÃO, C. R. (org.) **Repensando a Pesquisa Participante**. São Paulo: Brasiliense, 1999. p. 7-14.

BRASIL. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível In: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/15261/constituicao_federal_35ed.pdf?sequence=9>. Acesso dia 18/07/2016.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 1990. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> . Acesso em 18/07/2016.

_____. Portaria N^o 106, de 11 de fevereiro de 2000. Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. **Diário da União**. Brasília, DF, 2000. Disponível em <http://www.lex.com.br/doc_19975_PORTARIA_N_106_DE_11_DE_FEVEREIRO_D_E_2000.aspx>. Acesso em 18/07/2016.

_____. Lei N^o 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário da União**. Brasília, DF, 2001. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em 18/07/2016.

_____. Lei N^o 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. **Diário da União**. Brasília, DF, 2003. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm>. Acesso em 18/07/2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Ministério da Saúde, Secretaria- Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Residências terapêuticas: o que são, para que servem / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível In: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>. Acesso em 28/10/16.

_____. Portaria N^o 52, de 20 de janeiro de 2004. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS. **Diário da União**. Brasília, DF, 2004b. Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=821>. Acesso em 18/07/2016.

_____. Portaria N^o 53, de 20 de janeiro de 2004. Cria novos procedimentos no âmbito do Plano Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS e dá outras providências. **Diário da União**. Brasília, DF, 2004c. Disponível em <<http://w3.datasus.gov.br/SIHD/Portarias/portaria2004/GM-53.pdf>>. Acesso em 18/07/2016.

_____. Portaria N^o 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário da União**. Brasília, DF, 2011. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em 18/07/2016.

_____. Portaria N^o 3.090, de 23 de dezembro de 2011. Altera a Portaria n^o 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de incentivo de custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). **Diário**

da **União**. Brasília, DF, 2011. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html>. Acesso em 18/07/2016.

_____. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, no 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/20/12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>>. Acesso em 18/07/2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015**. Ministério da Saúde: Brasília. Maio, 2016.

BRITO, V. Um Convite à Pesquisa: epistemologia qualitativa e psicodrama. MONTEIRO, A. M. (org.) **Pesquisa Qualitativa e Psicodrama**. São Paulo: Ágora, 2006. p. 13-56.

BUSTOS, D. M. **Perigo... amor à vista! Drama e Psicodrama de Casais**. São Paulo: Aleph, 1990.

CAMPOS, R. O. Fale com eles! O trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. v. 21, n. 4, 2011. p. 1269-1286. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n4/a05v21n4.pdf>>. Acesso em 02/08/2016.

CARVALHO, S. R. Os Múltiplos Sentidos da Categoria "*empowerment*" no projeto de Promoção à Saúde. **Caderno Saúde Pública**. v. 10, n. 10, 2004. p. 1088-1095. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n4/24.pdf>>. Acesso em 02/08/2106.

CASTRO, E. **Vocabulário de Foucault - um percurso pelos seus temas, conceitos e autores**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

CAYRES, A. Z. F. et al (orgs). **Caminhos para a Desinstitucionalização no Estado de São Paulo: censo psicossocial 2014**. São Paulo: FUNDAP, Secretaria da Saúde, 2015. Disponível em <<http://www.fundap.sp.gov.br/wp>>

content/uploads/2015/07/Caminhos_para_a_Desinstitucionaliza%C3%A7%C3%A3o_no_Estado_de_S%C3%A3o_Paulo_Censo_Psicossocial_2014.pdf>. Acesso em 18/07/2016.

CESAR, J. M. *et al.* O Lugar do Quantitativo na Pesquisa Cartográfica. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; TEDESCO, S. (orgs.). **Pistas do Método da Cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum.** v. 2. p.15-41. Porto Alegre: Sulinas, 2014.

CONTRO, L. **Nos Jardins do Psicodrama: entre o individual e o coletivo contemporâneo.** Campinas, SP: Editora Alínea, 2004.

_____. **Psicossociologia Crítica: a intervenção psicodramática.** Curitiba, PR: CRV, 2011.

DAMACENO, V. Sobre a Ideia de Dramatização em Gilles Deleuze. **Dois Pontos.** v. 8, n. 2, p.157-174, 2011. Disponível In: <revistas.ufpr.br/doispontos/article/view/21519>. Acesso em 22/10/16.

DAMIN, E. S. **Ambiência dos Serviços Residenciais Terapêuticos: favorecendo o acolhimento e o cuidado adequado aos moradores.** Trabalho Técnico Orientado. Faculdade de Medicina do ABC. São Bernardo do Campo, 2014.

DE BASI, J. C. Desarrollos sobre el Grupo-Formación. In: BAREMBLITT, G. et al. **Lo Grupal 5.** Buenos Aires: Ediciones Busqueda, 1987. p. 33-66.

DELEUZE, G. **O que é o Dispositivo?** 1990. Tradução de Wanderson F. Nascimento. Disponível em <<http://escolanomade.org/2016/02/24/deleuze-o-que-e-um-dispositivo>>. Acesso em 27/08/16.

_____. **O Método da Dramatização [1967].** Disponível In: <<http://docslide.com.br/documents/deleuze-o-metodo-de-dramatizacao.html>>. Acesso em 23/08/16.

_____. **Diferença e Repetição.** Lisboa: Relógio d'Água, 2000.

_____. **Foucault.** 6ª reimp. da 1ª ed. de 1988. São Paulo: Brasiliense, 2005

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Rizoma. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia.** v. 1. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995. p. 11-37

_____. Acerca do Ritornelo. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia.** v. 4. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1997. p. 115-170.

- DELEUZE, G.; PARNET, C. **Diálogos**. São Paulo: Editora Escuta, 1998.
- DEMO, P. Elementos Metodológicos da Pesquisa Participante. In: BRANDÃO, C. R. (org.) **Repensando a Pesquisa Participante**. São Paulo: Brasiliense, 1999. p. 104-130.
- FERNANDEZ, A. M. *La Dimension Institucional de Los Grupos*. In: BATISTA, Vera L. *et al.* **Lo Grupal 7**. Buenos Aires: Ediciones Busqueda de Ayllu S.R.L, 1989.
- _____. **O Campo Grupal: notas para uma genealogia**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- _____. **Las Lógicas Coletivas: imaginários, cuerpos y multiplicidades**. Buenos Aires: Biblos, 2008.
- FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais de gestão e de saúde? In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. Caminhos para análise das políticas de saúde, 2011. p. 290-305. Disponível em <www.ims.uerj.br/ccaps>. Acesso em: 05/01/17.
- FILIPINI, R. **Psicoterapia Psicodramática com Crianças: uma proposta Socionômica**. Tese de Doutorado em Psicologia Clínica. São Paulo: Pontificia Universidade Católica de São Paulo, 2013.
- FRANCO, T. B., MERHY, E. E. O Reconhecimento de uma Produção Subjetiva do Cuidado. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (orgs.). **Trabalho, Produção de Cuidado e Subjetividade em Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2013. p. 151-171.
- FURTADO, J. P.; CAMPOS, R. O. Participação, Produção de Conhecimento e Pesquisa Avaliativa: a inserção de diferentes atores em uma investigação em saúde mental. **Caderno Saúde Pública**. v. 24, n. 11, 2008. p. 2671-2680. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n11/22.pdf>>. Acesso em 02/08/2016.
- FURTADO, J. P. *et al.* A Elaboração Participativa de Indicadores para a avaliação em Saúde Mental. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 29, n. 1, 2013. p. 102-110. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n1/12.pdf>>. Acesso em 02/08/2016.
- GARJADO, M. Pesquisa Participante: propostas e projetos. In: BRANDÃO, C. R. (org.) **Repensando a Pesquisa Participante**. São Paulo: Brasiliense, 1999. p. 15-50.

GUATTARI, F. **Revolução Molecular: pulsações políticas do desejo.** São Paulo: editora Brasiliense, 1981.

_____. **Caosmose.** São Paulo: Ed. 34, 1992.

_____. **Psicanálise e Transversalidade: ensaios de análise institucional.** Aparecida, SP: Ideias & Letras, 2004.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolíticas: cartografia do desejo.** São Paulo: Vozes, 2005.

HESS, R.; WEIGANDG, G. A Escrita Implicada. **Revista Reflexões e Debates.** Abril, 2006. p. 14-25. Disponível em <<https://www.scribd.com/document/175482469/A-Escrita-Implicada-Remi-Hess-e-Gabriele-Weigand>>. Acesso em 02/11/16.

HUR, D. U. O Dispositivo de Grupo na Esquizoanálise: tetravalência e esquizodrama. **Vínculo - Revista do NESME.** 2012, v.9, n.1, p 18-26.

JESUS, A. F.; PEZZATO, L. M.; ABRAHÃO, A. L. O Uso do Diário como Ferramenta Estratégica da Análise Institucional para Abordar o Cotidiano do Profissional de Saúde: o caso do Dom Queixote. In: L'ABBATE, S. (org.). **Análise Institucional e Saúde Coletiva no Brasil.** São Paulo: HUCITEC, 2013. p. 206-235.

KASTRUP, V.; PASSOS, E. Cartografar é Traçar um Plano Comum. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; TEDESCO, S. (orgs.). **Pistas do Método da Cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum.** v. 2. p.15-41. Porto Alegre: Sulinas, 2014.

KESSELMAN, H.; PAVLOVSKY, E. **A Multiplicação Dramática.** São Paulo: HUCITEC, 1991.

KILLAPSY, H. et. al. Service quality and clinical outcomes: an example from mental health rehabilitation services in England. **The British Journal of Psychiatry,** 2013. DOI: 10.1192/bjp.bp.112.114421.

KNOBEL, A. M. **Moreno em ato. A construção do psicodrama a partir das práticas.** São Paulo: Ágora, 2004.

LANCETTI, A. Cuidado e Território no Trabalho Afetivo. **Cadernos de Subjetividade.** Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade. Programa de Estudos

Pós-Graduados em Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2010. p. 90-97.

LEONARDIS, O.; MAURI, D. ROTELLI, F. Prevenir a Prevenção. In: NICÁCIO, F. (org.) **Desinstitucionalização**. São Paulo: HUCITEC, 1990. p. 65-88.

LOURAU, R. **Análise Institucional e Práticas de Pesquisa**. UERJ, 1993.

_____. O Instituinte Contra o Instituído. In: ALTOÉ, S. **René Lourau: analista em tempo integral**. São Paulo: HUCITEC, 2004a. p. 47-65.

_____. Objeto e método da Análise Institucional. In: ALTOÉ, S. **René Lourau: analista em tempo integral**. São Paulo: HUCITEC, 2004b. p. 66-86.

_____. Pequeno Manual de Análise Institucional. In: ALTOÉ, S. **René Lourau: analista em tempo integral**. São Paulo: HUCITEC, 2004c. p. 122-127.

_____. Implicação e Sobreimplicação. In: ALTOÉ, S. **René Lourau: analista em tempo integral**. São Paulo: HUCITEC, 2004d. p. 186-198.

_____. Implicação: um novo paradigma? In: ALTOÉ, S. **René Lourau: analista em tempo integral**. São Paulo: HUCITEC, 2004c. p. 246-258.

MASCARENHAS, Pedro. “Multiplicação Dramática: a multiplicidade heterogênea e caótica do grupo como possibilidade terapêutica” . In: ALMEIDA, Wilson C. (org). **Grupos: a proposta do psicodrama**. São Paulo: Ágora, 1999.

MASSARO, G. **Esboço para uma Teoria da Cena: propostas de ação para diferentes dinâmicas**. São Paulo: Ágora, 1996.

MERHY, E. O Desafio da Tutela e da Autonomia: uma tensão permanente do ato cuidador. s/a. Disponível em <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-22.pdf>. Acesso em 16/09/2016.

_____. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec; 2014.

MERHY, E. Educação Permanente em Movimento - uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. **Saúde em Redes**. v. 1, n. 1, 2015. p. 07-14.

LEONARDIS, O.; MAURI, D. ROTELLI, F. Prevenir a Prevenção. In: NICÁCIO, F. (org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: HUCITEC, 1990. p. 65-87.

MILAN, B. **Trilogia PSI: psicodrama, etnopsicanálise, psicanálise**. Disponível em <<http://www.bettymilan.com.br/wp-content/uploads/2016/04/trilogia-psi.pdf>> . Acesso em 16/08/16.

MIRANDA, L. L.; MOURÃO, L. C. C. B. Escrever COM: o que isso (re)significa? **Revista Polis & Psique**. v. 6, n. 1, 2016. p. 162-175. Disponível em <<http://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/61397>> . Acesso em 16/08/16.

MIYAHARA, R. P. **Trabalhando com Violência Sexual Contra a Criança e o Adolescente: a perspectiva do Psicodrama na formação dos profissionais da rede de proteção**. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2011.

MORENO, Jacob L. **Psicoterapia de Grupo e Psicodrama**. São Paulo: Editora Mestre Jou, 1959.

_____. **Psicodrama**. São Paulo, Editora Cultrix LTDA, 1978.

_____. **Fundamentos do Psicodrama**. São Paulo: ed. Summus, 1983.

_____. **Quem Sobreviverá?: fundamentos da sociometria, da psicoterapia de grupo e do sociodrama**. Edição de estudante. São Paulo: Daimon – Contreos de Estudos do Relacionamento, 2008.

NASCIMENTO, M. L.; TEDESCO, S. H. Análise Institucional e Cartografia: efeitos de contágio. In: L'ABBATE, S.; PEZZATO, L. M. (orgs.). **Análise Institucional e Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 356-369.

NAFFAH NETO, A. **Psicodrama: descolonizando o imaginário**. São Paulo: Brasiliense, 1979.

NERY, M. P. **Grupos e Intervenção em Conflitos**. São Paulo: Ágora, 2014. Versão digital.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a Saúde Coletiva e a Saúde Mental: um instrumento metodológico para avaliação de rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Caderno de Saúde Pública**. v. 22, n. 5,

2006. p. 1053-1062. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n5/18.pdf>>. Acesso em 02/08/2016.

OURY, J. Itinerários de Formação. **Revue Pratique**. n. 1, 1991. Disponível em < <http://docslide.com.br/documents/itinerarios-de-formacao-jean-ouryrtf.html>>. Acesso em 09/01/2017.

PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo; HENNINGTON, Élide Azevedo. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 11, p. 4541-4548, Nov. 2011 . Disponível In: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200027&lng=en&nrm=iso>. Acesso In: 25/10/16.

PACHE, D. F. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, v. 13, n.1, p. 4-17, 2013.

PALOMBINI, A. *et al.* **Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública: a clínica em movimento**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

PASSOS, E. Clínica do Morar. **I Seminário dos Serviços Residenciais Terapêuticos da Cidade do RJ: “A Implementação da Política de Serviços Residenciais Terapêuticos e a Consolidação do Trabalho em Rede”**. 2013.

PASSOS, E. BARROS, R. B. A Construção do Plano da Clínica e o Conceito da Transversalidade. **Psicologia: teoria e pesquisa**. v. 16, n. 1. 2000. p. 71-79. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v16n1/4390.pdf>>. Acesso em 02/08/2016.

PASSOS, E., KASTRUP, V., ESCOSSIA, L. Apresentação. **Pistas do Método da Cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 7-16.

PASSOS, E., BARROS, R. B. A Cartografia como Método de Pesquisa-Intervenção. In: PASSOS, E., KASTRUP, V., ESCOSSIA, L. **Pistas do Método da Cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 17-31.

PASSOS, E. *et al.* Estratégia congestiva na pesquisa e na clínica em saúde mental. **Estudos Contemporâneos em Subjetividade**. v. 3, n. 1, 2013a. p. 4-17. Disponível em

<<http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/ecos/article/view/1110>>. Acesso em 02/08/2016.

PASSOS, E. *et al.* O Comitê Cidadão como Estratégia Congestiva em uma Pesquisa Participativa no Campo da Saúde Mental. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 18, n. 10, 2013b. p. 2919-2928. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n10/v18n10a16.pdf>> . Acesso em 02/08/2016.

PASSOS, E., KASTRUP, V., TEDESCO, S. A Experiência Cartográfica e a Abertura de Novas Pistas. In: PASSOS, E., KASTRUP, V., TEDESCO, S. (orgs.) **Pistas do Método da Cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum**. Porto Alegre: Sulinas, 2014.

PAULON, S. A Análise de Implicação como Ferramenta na Pesquisa-intervenção. **Psicologia & Sociedade**. v. 17, n. 3, 2005. p. 16-23. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v17n3/a03v17n3.pdf>>. Acesso em 02/08/2016.

PELLEJERO, E. Mil Cenários – perspectivismo e dramatização na obra de Gilles Deleuze. **Saberes**. v. 2, n. 5, 2010. p. 79-117. Disponível em <<http://www.cchla.ufrn.br/saberes>>. Acesso em 23/08/2106.

PERAZZO, Sergio. **Psicodrama: o forro e o avesso**. São Paulo: Ágora, 2010.

PINHO, P. *et al.* A Concepção dos Profissionais de Saúde Acerca da Reabilitação Psicossocial nos eixos: morar, rede social e trabalho dos usuários de substâncias psicoativas. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. v. 9. 2013. p. 29-35. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602013000100005> . Acesso em 05/09/16.

PITTA, A. (org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 2001.

POZZANA, L. A Formação do Cartógrafo é o Mundo: corporificação e afetabilidade. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; TEDESCO, S. (orgs.) **Pistas do Método da Cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum**. Porto Alegre: Sulina, 2014. p. 42-65.

QuEST. Quality and Effectiveness of Supported Tenancies for People with Mental Health Problems. **Staff Experience QUIRC-SA Questionnaire**. UCL, 2016. (documento não publicado).

ROCHA, M. L., AGUIAR, K. F. Pesquisa-Intervenção e a Produção de Novas Análises. **Psicologia: ciência e profissão**. v. 23, n. 4, 2003. p. 64-73. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v23n4/v23n4a10.pdf>>. Acesso em 29/07/2016.

ROMAÑA, M. A. **Construção Coletiva do Conhecimento Através do Psicodrama**. Campinas, SP: Papyrus, 1992.

ROTELLI, F. A Instituição Inventada. In: NICÁCIO, F. (org.) **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 89-100.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. A Reforma Psiquiátrica Italiana no Contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. In: NICÁCIO, F. (org.) **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. P. 17-59.

SADE, C. et al. O ethos da confiança na pesquisa cartográfica: experiência compartilhada e aumento da potência de agir. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; TEDESCO, S. (orgs.) **Pistas do Método da Cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum**. Porto Alegre: Sulina, 2014.

SARACENO, B. **Libertando Identidades: da reabilitação à cidadania possível**. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te Corá Editora/Instituto Franco Basaglia, 1999.

SECRETARIA DA SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO. **Saúde Mental: tratamento aberto com respeito à cidadania**. S/d.

SILVEIRA, M. **Vozes no Corpo, Território na Mão: loucura corpo e escrita no PesquisarCOM**. Porto Alegre, 2013. Dissertação (Mestrado em Pesquisa Social e Institucional) - Programa de Pós Graduação em Psicologia Social e Institucional, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

SILVEIRA, M.; PALOMBINI, A. L.; MORAES, M. EscreverCOM: uma experiência ético-política de pesquisa. **Mnemosine**. v. 10, n. 1, 2014. p. 2-22. Disponível em <

http://www.academia.edu/10210795/EscreverCOM_uma_experi%C3%Aancia_%C3%A9tico-pol%C3%ADtica_de_pesquisa>. Acesso em 02/08/2016.

SOUSA, R. J. de. **O Papel do Acompanhante Terapêutico numa Unidade de Acolhimento Transitória de São Bernardo do Campo: relato de experiência.** Trabalho Técnico Orientado do Curso de Especialização Latu Sensu em Saúde Mental. Faculdade de Medicina do ABC/Prefeitura de São Bernardo do Campo. 2014.

SPINK, P. Pesquisa de Campo em Psicologia Social: uma perspectiva pós-construcionista. **Psicologia & Sociedade.** v. 15, n. 2, p. 18-42. 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822003000200003&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 18/07/2016.

SPINK, M. J. Pesquisando no Cotidiano: recuperando memórias de pesquisa em Psicologia Social. **Psicologia & Sociedade.** v. 19, n. 1, 2007, p.7-14.

THIOLLENT, M. Notas para o Debate sobre Pesquisa-ação. In: BRANDÃO, C. R. (org). **Repensando a Pesquisa Participante.** São Paulo: Brasiliense, 1999. p. 82-103.

TYKANORI, R. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, A. (org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil.** São Paulo: HUCITEC, 2001. p. 55-59.

YASUI, Silvio. **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

ZAMBONI, J. *et al.* Os “Dramas” de J. L. Moreno e a Filosofia da Diferença. **Psicologia & Sociedade.** v. 26, n. 2, 2014. p. 261-270. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26n2/a03v26n2.pdf>>. Acesso em 14/08/2016.

ANEXOS

Anexo 1: Desenho dos Encontros do Dispositivo Grupo Participativo

Set	Encontro	Atividade	Descrição
<i>Set</i>	1º Encontro	Formação do grupo e seleção dos conceitos-ferramentas	Primeiro encontro com o grupo de trabalho, no qual, além das atividades de apresentação e integração do grupo, realizaremos um trabalho para a elucidação dos principais ferramentas do trabalho cotidiano na RT. Em seguida faremos uma escolha sociométrica ⁶⁰ das ferramentas.
	2º Encontro	Multiplicação Dramática	Método de dramatização que terá como tema das ferramenta escolhido pelo grupo. Esta vivência prioriza a construção dramática coletiva, na qual as cenas são multiplicadas sem interpretações.
	3º Encontro	Processamento	Será lido e discutido no plano pedagógico o que foi desenvolvido no encontro anterior. Primeiro passo para a construção do texto final deste <i>set</i> .
	4º Encontro	Produção do Texto	A partir da discussão do processamento realizado no encontro anterior, será finalizado um texto coletivo.
O desenho se repete a cada ferramenta trabalhada.			

⁶⁰ Técnica de seleção e priorização grupal a partir das escolhas individuais dos seus participantes.

Anexo 2: Autorização do Município de São Bernardo do Campo para a realização da pesquisa



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
Secretaria Municipal de Saúde
Departamento de Apoio à Gestão do SUS
Divisão de Educação Permanente em Saúde e Gestão Participativa
Rua Continental, 342 - tel.: 4126-4316 e-mail: educacao.permanente@saobernardo.sp.gov.br

Ofício SS.5 - SBC/SS nº079 /2014

São Bernardo do Campo, 06 de Novembro de 2014.

A Divisão de Educação Permanente e Gestão Participativa da Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo, após análise do projeto de pesquisa intitulado “**Pesquisa Participativa e Produção de Conhecimento: Conceitos-ferramentas da reabilitação psicossocial no cotidiano das Residências Terapêuticas**”, manifesta interesse à abertura de campo de pesquisa. O projeto será desenvolvido pela pesquisadora Dayse Andrade Bispo Silva com a orientação de Prof. Dr. Odair Furtado, ambos vinculadas à Instituição de Ensino Pontifícia Universidade Católica de São Paulo-Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social. Informamos ainda que a coleta de dados só poderá ser iniciada após a apresentação do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição de Ensino responsável.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,

Maria Claudia Vilela
Chefe de Divisão de Planejamento em Saúde
Departamento de Apoio à Gestão do SUS –DAG

Ao Comitê de Ética da PUC
Rua Ministro Godói, 969 - Perdizes - São Paulo - SP
CEP: 05015-00
Edifício Reitor Bandeira de Mello, Sala 63-C

Anexo 3: Parecer Aprovado do Comitê de Ética da PUC-SP



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE SÃO PAULO-
PUC/SP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PESQUISA PARTICIPATIVA E PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO: CONCEITOS-FERRAMENTAS DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL NO COTIDIANO DAS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS

Pesquisador: DAYSE ANDRADE BISPO SILVA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 40014314.1.0000.5482

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da PUC/SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.110.129

Data da Relatoria: 15/06/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de protocolo de pesquisa para elaboração de Tese de Doutorado no Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia: Psicologia Social (PEPG em PSO), vinculado à Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde (FCHS) da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP).

Projeto de pesquisa de autoria de Dayse Andrade Bispo Silva, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Cristina Gonçalves Vicentin.

A proposta visa "(...) estreitar a relação universidade e serviços de saúde pública, além de sistematizar a produção de conhecimento realizada no cotidiano desses serviços e desenvolverá uma forma de fazer pesquisa qualitativa que privilegia a participação efetiva dos sujeitos."

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVOS

Geral:

Experienciar a Metodologia Participativa com profissionais de saúde na produção de conhecimentos chaves em saúde mental para realização do trabalho no cotidiano.

Endereço: Rua Ministro Godói, 969 - sala 63 C

Bairro: Perdizes

CEP: 05.015-001

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3670-8466

Fax: (11)3670-8466

E-mail: cometica@pucsp.br



Continuação do Parecer: 1.110.129

Específicos:

- Desenvolver um dispositivo grupal para a sistematização e produção de conhecimento com os profissionais das Residências Terapêuticas em São Bernardo;
- Identificar e desenvolver os principais conceitos-ferramentas que operam a Reabilitação Psicossocial na Residência Terapêutica;
- Produzir um texto em conjunto com os trabalhadores que participaram da pesquisa que seja referência ao trabalho desenvolvido por eles;
- Ampliar as discussões sobre o uso do Psicodrama para a realização de trabalhos com profissionais de saúde e de pesquisa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Concordamos com os cuidados apresentados pela autora que demonstram a preocupação com os participantes da pesquisa. Os benefícios apontados são coerentes com o projeto de pesquisa proposto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A exposição do Projeto é clara e objetiva, feita de maneira concisa e fundamentada, permitindo-se concluir que a proposta de pesquisa em tela, possui uma linha metodológica definida, base da qual será possível auferir conclusões consistentes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados a contento, conforme orienta a Resolução CNS/MS nº 466/12, os Regimento e Regulamento Interno do Comitê de Ética em Pesquisa, campus Monte Alegre da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - CEP-PUC/SP e o Manual Ilustrado da Plataforma Brasil, disponíveis para consulta no site: www.pucsp.br/cometica

Recomendações:

Recomendamos que o desenvolvimento da pesquisa siga os fundamentos, metodologia, proposições, pressupostos em tela, do modo em que foram apresentados e avaliados por este Comitê de Ética em Pesquisa. Qualquer alteração deve ser imediatamente informada ao CEP-PUC/SP, indicando a parte do protocolo de pesquisa modificada, acompanhada das justificativas.

Também, a pesquisadora deverá observar e cumprir os itens relacionados abaixo, conforme

Endereço: Rua Ministro Godói, 969 - sala 63 C
Bairro: Perdizes **CEP:** 05.015-001
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3670-8466 **Fax:** (11)3670-8466 **E-mail:** cometica@pucsp.br



Continuação do Parecer: 1.110.129

indicado pela Res. 466/12:

- a) desenvolver o projeto conforme delineado;
- b) elaborar e apresentar o relatório final;
- c) apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento;
- d) manter em arquivo, sob sua guarda, por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa, os seus dados, em arquivo físico ou digital;
- e) encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto;
- f) justificar, perante o CEP, interrupção do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem Pendências e Lista de Inadequações, portanto, somos de parecer favorável à aprovação e realização do projeto de pesquisa em tela.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO PAULO, 16 de Junho de 2015

Assinado por:
Edgard de Assis Carvalho
(Coordenador)

Endereço: Rua Ministro Godói, 969 - sala 63 C
Bairro: Perdizes **CEP:** 05.015-001
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3670-8466 **Fax:** (11)3670-8466 **E-mail:** cometica@pucsp.br

Anexo 4: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Dados da pesquisadora Nome: Dayse Andrade Bispo Silva Telefone: (11) 997404195 Endereço eletrônico: dayse.bisposilva@gmail.com

Eu Dayse Andrade Bispo Silva, responsável pela pesquisa “Pesquisa Participativa e Produção de Conhecimento: conceitos-ferramentas da reabilitação psicossocial no cotidiano das Residências Terapêuticas”, convido para você participar como voluntário deste nosso estudo.

Esta pesquisa pretende experienciar a Metodologia Participativa com profissionais de saúde na produção de conhecimentos-chaves em saúde mental para realização do trabalho no cotidiano. Desta forma, poderemos ter um registro político-técnico-científico sobre a experiência da RT em São Bernardo e também uma discussão acadêmica sobre o tema. Para sua realização será feito o seguinte: foi planejado sets de trabalhos para levantamento dos conceitos-ferramentas, desenvolvimento de um conceito-ferramenta escolhido pelo grupo e sua produção de texto. Haverá um primeiro momento no qual ocorrerá a pactuação do processo de trabalho e a escolha dos conceitos-ferramentas. Para cada conceito-ferramenta foi desenhado um set de quatro encontros: o primeiro desenvolverá um trabalho grupal usando Psicodrama como abordagem metodológica, o segundo discutirá a vivência do encontro anterior e iniciará o processo da escrita do texto, o terceiro será para a produção do texto de forma coletiva e o quarto para a sua finalização e avaliação do processo.

É possível que aconteçam choques de horários da agenda de trabalho com os encontros do grupo, mas faremos o possível para planejar essas datas com antecedência e coletivamente. Os benefícios que esperamos como estudo são possibilitar discutir as questões relevantes ao trabalho sobre reabilitação psicossocial e produzir um texto que pudesse aprofundar as principais questões práticas/teóricas da RT, servindo também como um texto referência para os futuros profissionais (e interessados sobre o tema).

Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato, com algum dos pesquisadores ou com o Conselho de Ética em Pesquisa.

Em caso de algum problema relacionado com a pesquisa você terá direito à assistência gratuita que será prestada pela nossa equipe de pesquisa.

Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação, pela sua decisão.

As informações desta pesquisa serão confidenciais, e serão divulgadas apenas em

eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação (confidencialidade). Como iremos divulgar as autorias dos textos será discutido e decidido coletivamente, sem prejuízo aos voluntários.

Autorização:

Eu, _____,
após a leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto expresso minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

Assinatura do Voluntário

Anexo 5: Encontros do Grupo Participativo – número de participantes, descrição da atividade realizada e temas abordados

Encontros e número de participantes	Descrição da Atividade	Temas que foram abordados no Grupo
1 (16 pp.)	Apresentação da pesquisa, integração do grupo e seleção dos conceitos-ferramentas da reabilitação psicossocial para os próximos encontros.	Importância dos encontros entre os profissionais das RTs. Construção de cinco cenas do cotidiano das RTs. Experiência de dramatizar. Relação familiar dentro da RT. Vida particular <i>versus</i> vida profissional. Violência/agressões dentro da RT. Trabalho na Saúde Mental.
2 (15pp)	Multiplicação Dramática com o tema do primeiro conjunto de conceitos-ferramentas: amor, carinho, respeito, afetividade, cuidado.	Conceitos-ferramentas Efeito de começar a pensar diferente Efeito terapêutico dos encontros Quebra de preconceitos sociais Importância do trabalho dos ATs Falta de Recursos Humanos Comprometimento no trabalho Carga Horária Referência Terapêutica Reunião Técnica nas RTs Relações de trabalho Vida pessoal <i>versus</i> vida profissional Adoecimento dos profissionais
3 (11pp)	Processamento sobre o encontro anterior e início de produção de escrita sobre o conjunto de conceitos-ferramentas: amor, carinho, respeito, afetividade, cuidado.	Adoecimento dos profissionais Relação familiar dentro da RT Viagem de avião dos moradores Rede Social dos moradores Caso Elisângela
4 (7pp)	Início da produção de escrita coletiva sobre o conjunto de conceitos-ferramentas: amor, carinho, respeito, afetividade, cuidado. (“Sessão desabafo”)	Viagens e pagode Adoecimento dos profissionais Primeiro exercício da escrita Aumento salarial Mudança de cuidador para AT Fazer junto Função cuidador + AT Efeito terapêutico do grupo: desabafo Comprometimento no trabalho Relações de trabalho Saúde Mental nos escolhe

		Relação RT e CAPS Referência Terapêutica
5 (12pp)	Construção das cenas para o texto coletivo sobre o conjunto de conceitos-ferramentas: amor, carinho, respeito, afetividade, cuidado.	Morar Comportamentos manicomiais dos moradores Afeto entre morador e AT Festas Contrato do grupo: sigilo Cenas do cotidiano das RTs Construção das cenas coletivas: (1) Amor acima de tudo, (2) Um nível muito loucu/emocionante, (3) Mais um dia de trabalho, (4) Final Feliz Família
6 (6pp)	Discussão de grupo: desabafos.	Encontro com a coordenadora de saúde mental Importância dos encontros entre ATs Responsabilização X autonomia Mudança do Ministro da Saúde Luta da Reforma Psiquiátrica Desafio lançado pela coordenação de saúde mental Relações de trabalho Relações RT e CAPS Manejo Contrato: sigilo do grupo Violência/agressões dentro da RT Função cuidador e AT Caso Elisângela Função coordenador na RT Adoecimento dos profissionais “Capacitação” para os ATs Função coordenador/referência técnica na RT Referência Terapêutica Carga Horária Casa Esperança sem coordenação Dicas de AT (livro de passagem de plantão, comunicação entre os ATs) Tomada da palavra
8 (9pp)	Multiplicação Dramática com o tema do segundo conjunto de conceitos-ferramentas: fazer junto, catalisador, inserção social e desafio.	Cuidado, carinho das moradoras com os trabalhadores Carinho entre as moradoras Superação, mágoa dos moradores pelo

		<p>passado de internações</p> <p>Família que não quer aproximação com os moradores</p> <p>Família que usa o dinheiro do benefício do morador e não repassa</p>
9 (7pp)	Processamento e início da produção de texto sobre o conjunto de conceitos-ferramentas: fazer junto, catalisador, inserção social e desafio.	<p>Primeiro dia na RT</p> <p>Elisangela no grupo</p> <p>Reabilitação Psicossocial</p> <p>Manicômio Judiciário</p> <p>Chilique X Crise</p>
10 (4pp)	Discussão que deu início à mudança de estratégia do grupo.	<p>Morador que não quer “fazer nada”</p> <p>PTS</p> <p>Atividades na RT</p> <p>Caso Elisangela</p> <p>Importância do Grupo Participativo</p> <p>Cena da AT dando comida na boca de um morador</p> <p>Avaliação do Grupo Participativo</p> <p>Mudança que os profissionais querem, mas não agem</p> <p>Relação CAPS + RT</p> <p>Falta de assistência no CAPS</p> <p>Crise na RT</p> <p>Atividades dos moradores no CAPS</p> <p>Encontro CAPS + RT? Como fazer?</p> <p>Modelos de referências terapêuticas</p> <p>Falta de assistência do CAPS</p> <p>O que uma referência faz?</p> <p>O que segura uma referência no CAPS?</p> <p>PTS</p> <p>Caso Elisangela</p>
11 (4pp)	Discussão de grupo sobre Projeto Terapêutico Singular.	<p>Nomeação do novo coordenador de SM</p> <p>SBC com o Ministro da Saúde</p> <p>Mudança de estratégia da pesquisa</p>

		<p>Relação CAPS + RT</p> <p>Coordenação da RT (deve ou não deve ter?)</p> <p>Referências Terapêuticas</p> <p>Muitas mudanças da relação CAPS + RT</p> <p>Isolamento da RT em relação ao CAPS</p> <p>Discussão sobre PTS</p> <p>Aumento do salário</p> <p>Desenho do desdobramento dos próximos encontros</p>
12 (6pp)	Montagem e conclusão da apresentação sobre Projeto Terapêutico Singular.	<p>Grupo Participativo</p> <p>PTS</p> <p>Manejo</p> <p>Caso Elisângela</p> <p>Perfil para trabalhar com saúde mental</p> <p>Participação dos profissionais na Política de Saúde Mental</p> <p>Lei da Reforma Psiquiátrica</p> <p>Cigarro</p> <p>Família dos Moradores</p>

Anexo 6: Encontros da segunda fase da pesquisa – serviço que recebeu, atividade realizada e descrição dos participantes

Serviço que Recebeu o Grupo	Atividade Realizada	Descrição dos Participantes Presentes
CAPS Centro	Reunião com a Gerência do CAPS	Gerente, Apoiadora Institucional, 1 profissional do CAPS
CAPS Centro	Restituição parcial da pesquisa e convite para novos encontros	Gerência de dois CAPS (Centro e Alvarenga), 1 participante do Grupo Participativo, 10 profissionais do CAPS
Casa da Esperança	Restituição parcial da pesquisa, convite para participação dos novos encontros, início da discussão sobre PTS.	5 referências terapêuticas, 2 ATs, 1 administrativo
Casa Esperança	Discussão de PTS	Gerente 5 referências terapêuticas 7 ATs
Casa das Violetas	Primeiro encontro para discussão de PTS	2 referências terapêuticas 1 referência técnica 6 ATs
Casa das Estrelas	Primeiro encontro para discussão de PTS	2 referências terapêuticas 2 ATs
Casa Minsk	Discussão de PTS	1 referência técnica 4 ATs
Casa Minsk	Conversa com as ATs mais antigas da Rede sobre a história das RTs em São Bernardo	3 ATs
Casa Minsk	Discussão do Caso Elisângela	2 referências terapêuticas da usuária/moradora, 1 referência técnica 6 ATs
Casa Esperança	Discussão de PTS + Ecomapa	Gerente 4 referências terapêuticas 7 ATs
Casa das Estrelas	Discussão PTS + Ecomapa	3 referências terapêuticas 3 ATs
Casa das Violetas	Discussão de PTS + Ecomapa	1 referência técnica 7 ATs
Casa Minsk	Era para ser discussão do Caso Elisângela, mas ninguém do CAPS apareceu, discutimos PTS + Ecomapa	1 referência técnica 6 ATs

Hipóteses Diagnósticas CID-10

H.D. 1 _____ H.D. 2 _____

Outros: _____

Relevâncias Clínicas

- Gestante Hipo/Hipertireoidismo DST Doenças cardiovasculares Doenças renais
Distúrbios do sono Alterações glicêmicas Doenças neurológicas Idoso Uso de psicoativos
Doenças gástricas Asma/Bronquite AVC Hipertensão Arterial Alergias/Dermatoses
Odontológico Saúde Mulher

Outros: _____

Ultimo atendimento em UBS: _____ Ultimo atendimento pelo PSF: _____

Medicação

- Uso regular
Uso irregular Pq? _____
Não faz uso Pq? _____
Administra sozinho Com auxílio de outro Dispensada por receita
Medicação Assistida pela Enfermagem Medicação Dispensada na Enfermagem

Trabalho, renda e benefícios

Trabalha _____

Nutrarte _____

Benefício: Aposentadoria PVC BPC Pensionista Auxílio doença

Valor: R\$ _____ Renda que de fato administra: R\$ _____ Quem administra: _____

Escola (rendimento escolar, teve prejuízo de relacionamento ou aprendizagem, repetiu de ano, houve suspensão ou evasão escolar, sofre ou realiza bullying)

ECOMAPA



LEGENDA

Vínculo Forte 

Apoio 

Vínculo Conflitante 

Vínculo Fraco 

Separação 

Observações: _____

Autonomia para Circulação

Restrita Mediada Plena

Espaços que circula (território)

CAPS Igreja/templo UBS Centro Comunitário Praça Clube Escola

Centro cultural Shopping Comércio do bairro Nutrarte Bar Outros: _____

Rotina diária (atividades que realiza, autonomia e independência, quem principal cuidador)

Plano Terapêutico

Desejos / Habilidades

Necessidades a serem trabalhadas para realização dos desejos e habilidades (sintomas vivenciados com sofrimento, aspectos subjetivos, trocas simbólicas...)

Plano de ação terapêutica (válido por 3 meses)

Ação/O que	Como	Responsável	Quando
Questões subjetivas – direção e dispositivos de tratamento			
Trabalho e renda			
Rede e Laço social			
Moradia			

Assinatura do Usuário

Assinatura do profissional de referencia

Anexo 8: Músicas cantadas nas vivências e Multiplicação Dramática

Música: “Lepo Lepo” de Pisirico⁶¹

Ah, eu já não sei o que fazer
Duro pé-rapado, com salário atrasado
(ahh, eu não tenho mais por onde correr)
Já fui despejado, o banco levou o meu carro

Agora vou conversar com ela
Será que ela vai me querer?
Agora vou saber a verdade
Se é dinheiro se amor
(ou cumplicidade)

(Refrão)
Eu não tenho carro
Não tenho teto
E se ficar comigo é porque gosta
Do meu
Rá rá rá rá rá rá rá
Lepo Lepo
É tão gostoso quando eu
Rá rá rá rá rá rá rá
O Lepo Lepo

⁶¹ Letra completa pode ser encontrada no site <<https://www.vagalume.com.br/psirico/lepo-lepo.html>>.

Música: “É Preciso Saber Viver” do Titãs⁶²

Quem espera que a vida
Seja feita de ilusão
Pode até ficar maluco
Ou morrer na solidão
É preciso ter cuidado
Pra mais tarde não sofrer
É preciso saber viver

Toda pedra do caminho
Você pode retirar
Numa flor que tem espinhos
Você pode se arranhar
Se o bem e o mal existem
Você pode escolher
É preciso saber viver

É preciso saber viver
É preciso saber viver
É preciso saber viver
Saber viver, Saber viver

⁶² Letra completa pode ser encontrada no site <<https://www.vagalume.com.br/titas/e-preciso-saber-viver-letras.html>>.

Música: “Maluco Beleza” do Raul Seixas⁶³

Enquanto você
Se esforça pra ser
Um sujeito normal
E fazer tudo igual
Eu do meu lado
Aprendendo a ser louco
Um maluco total
Na loucura real

Controlando
A minha maluquez
Misturada
Com minha lucidez
Vou ficar
Ficar com certeza
Maluco beleza
Eu vou ficar
Ficar com certeza
Maluco beleza

E esse caminho
Que eu mesmo escolhi
É tão fácil seguir
Por não ter onde ir
Controlando
A minha maluquez
Misturada
Com minha lucidez
Eeeeeeeuu! (2x)

Vou ficar
Ficar com certeza
Maluco beleza
Eu vou ficar
Ficar com certeza
Maluco beleza
Eu vou ficar
Ficar com toda certeza
Maluco, maluco beleza

⁶³ Letra completa pode ser encontrada no site <<https://www.vagalume.com.br/raul-seixas/maluco-beleza.html>>.

Música: “Você” do Tim Maia⁶⁴

De repente a dor
De esperar terminou
E o amor veio enfim
Eu que sempre sonhei
Mas não acreditei
Muito em mim

Vi o tempo passar
O inverno chegar
Outra vez mas desta vez
Todo pranto sumiu
Um encanto surgiu
Meu amor

Você
É mais do que sei
É mais que pensei
É mais que esperava, baby

Você
É algo assim
É tudo pra mim
É como eu sonhava, baby

Sou feliz agora
Não não vá embora não
Não não não não não

Não não vá embora (3x)
Vou morrer de saudade (3x)
Não vá embora (3x)
Vou morrer de saudade (2x)
Não vá embora
Não vá, não vá
Vou morrer de saudade (2x)

⁶⁴ Letra completa pode ser encontrada no site < <https://www.vagalume.com.br/tim-maia/voce-letras.html>>.

Música: “Fui Fiel” de Gustavo Lima⁶⁵

Foi bonito, foi
Foi intenso, foi verdadeiro
Mas sincero
Sei que fui capaz
Fiz até demais
Te quis do teu jeito

Te amei, te mostrei
Que o meu amor foi o mais profundo
Me doei, me entreguei
Fui fiel
Chorei, chorei

**Hoje eu acordei, me veio a falta de você
Saudade de você, saudade de você
Lembrei que me acordava de manhã só pra dizer
"Bom dia, meu bebê!
Te amo, meu bebê! "**

⁶⁵ Letra completa pode ser encontrada no site <<https://www.vagalume.com.br/gusttavo-lima/fui-fiel.html>>.

Música: Diário de um Detento do Racionais MCs

São Paulo, dia 1º de outubro de 1992, 8h da manhã

Aqui estou, mais um dia

Sob o olhar sanguinário do vigia

Você não sabe como é caminhar com a cabeça na mira de uma HK

Metralhadora alemã ou de Israel

Estraçalha ladrão que nem papel

Na muralha, em pé, mais um cidadão

José

Servindo o Estado, um PM bom

Passa fome, metido a Charles Bronson

Ele sabe o que eu desejo

Sabe o que eu penso

O dia tá chuvoso. O clima tá tenso

Vários tentaram fugir, eu também quero

Mas de um a cem, a minha chance é zero

Será que Deus ouviu minha oração?

Será que o juiz aceitou a apelação?

Mando um recado lá pro meu irmão:

Se tiver usando droga, tá ruim na minha mão

Ele ainda tá com aquela mina

Pode crer, moleque é gente fina

Tirei um dia a menos ou um dia a mais, sei lá

Tanto faz, os dias são iguais

Acendo um cigarro, e vejo o dia passar

Mato o tempo pra ele não me matar

Homem é homem, mulher é mulher

Estuprador é diferente, né?

Toma soco toda hora, ajoelha e beija os pés

E sangra até morrer na rua 10

Cada detento uma mãe, uma crença

Cada crime uma sentença

Cada sentença um motivo, uma história de lágrima

sangue, vidas e glórias, abandono, miséria, ódio

sofrimento, desprezo, desilusão, ação do tempo

Misture bem essa química

Lamentos no corredor, na cela, no pátio

Ao redor do campo, em todos os cantos

Pronto: eis um novo detento
Mas eu conheço o sistema, meu irmão, hã

Aqui não tem santo

Rátátátá preciso evitar

Que um safado faça minha mãe chorar

Minha palavra de honra me protege

pra viver no país das calças bege

Tic, tac, ainda é 9h40

O relógio da cadeia anda em câmera lenta

Ratatátá, mais um metrô vai passar

Com gente de bem, apressada, católica

Lendo jornal, satisfeita, hipócrita

Com raiva por dentro, a caminho do Centro

Olhando pra cá, curiosos, é lógico

Não, não é não, não é o zoológico

Minha vida não tem tanto valor

Quanto seu celular, seu computador

Hoje, tá difícil, não saiu o sol

Hoje não tem visita, não tem futebol

Alguns companheiros têm a mente mais fraca

Não suportam o tédio, arruma quiaca

Graças a Deus e à Virgem Maria

Faltam só um ano, três meses e uns dias

Tem uma cela lá em cima fechada

Desde terça-feira ninguém abre pra nada

Só o cheiro de morte e Pinho Sol

Um preso se enforcou com o lençol

Qual que foi? Quem sabe? Não conta

Ia tirar mais uns seis de ponta a ponta

Nada deixa um homem mais doente

Que o abandono dos parentes

Aí moleque, me diz: então, cê qué o qué?

A vaga tá lá esperando você

Pega todos seus artigos importados

Seu currículo no crime e limpa o rabo

A vida bandida é sem futuro

Sua cara fica branca desse lado do muro

Já ouviu falar de Lúcifer?

Que veio do Inferno com moral
Um dia no Carandiru, não ele é só mais um
Comendo rango azedo com pneumonia
Aqui tem mano de Osasco, do Jardim
D'Abril, Parelheiros
Mogi, Jardim Brasil, Bela Vista, Jardim
Angela
Heliópolis, Itapevi, Paraisópolis
Ladrão sangue bom tem moral na
quebrada
Mas pro Estado é só um número, mais nada
Nove pavilhões, sete mil homens
Que custam trezentos reais por mês,
cada
Na última visita, o neguinho veio aí
Trouxe umas frutas, Marlboro, Free
Ligou que um pilantra lá da área voltou
Com Kadett vermelho, placa de Salvador
Pagando de gatão, ele xinga, ele abusa
Com uma nove milímetros embaixo da
blusa
Brown: "Aí neguinho, vem cá, e os
manos onde é que tá?
Lembra desse cururu que tentou me
matar?"
Blue: "Aquele puta ganso, pilantra corno
manso
Ficava muito doido e deixava a mina só
A mina era virgem e ainda era menor
Agora faz chupeta em troca de pó!"
Brown: "Esses papos me incomoda
Se eu tô na rua é foda"
Blue: "É, o mundo roda, ele pode vir pra
cá."
Brown: "Não, já, já, meu processo tá aí
Eu quero mudar, eu quero sair
Se eu trombo esse fulano, não tem pá,
não tem pum
E eu vou ter que assinar um cento e vinte
e um."
Amanheceu com sol, dois de outubro
Tudo funcionando, limpeza, jumbo

Não era do vento, não era do frio
Acertos de conta tem quase todo dia
De madrugada eu senti um calafrio
Tem outra logo mais, eu sabia
Lealdade é o que todo preso tenta
Conseguir a paz, de forma violenta
Se um salafrário sacanear alguém
leva ponto na cara igual Frankenstein
Fumaça na janela, tem fogo na cela
Fudeu, foi além, se pã!, tem refém
Na maioria, se deixou envolver
Por uns cinco ou seis que não têm nada a
perder
Dois ladrões considerados passaram a
discutir
Mas não imaginavam o que estaria por
vir
Traficantes, homicidas, estelionatários
Uma maioria de moleque primário.
Era a brecha que o sistema queria
Avise o IML, chegou o grande dia
Depende do sim ou não de um só
homem
Que prefere ser neutro pelo telefone
Ratatatá, caviar e champagne
Fleury foi almoçar, que se foda a minha
mãe!
Cachorros assassinos, gás lacrimogêneo
Quem mata mais ladrão ganha medalha
de prêmio!
O ser humano é descartável no Brasil
Como modess usado ou bombril
Cadeia? Claro que o sistema não quis
Esconde o que a novela não diz
Ratatatá! sangue jorra como água
Do ouvido, da boca e nariz
O Senhor é meu pastor
Perdoe o que seu filho fez
Morreu de braços no salmo 23
sem padre, sem repórter.
sem arma, sem socorro
Vai pegar HIV na boca do cachorro
Cadáveres no poço, no pátio interno
Adolf Hitler sorri no inferno!
O Robocop do governo é frio, não sente
pena

Só ódio e ri como a hiena
Ratatatá, Fleury e sua gangue
vão nadar numa piscina de sangue
Mas quem vai acreditar no meu
depoimento?
Dia 3 de outubro, diário de um detento.

Música: “Trem das Onze” de Adoniran Barbosa⁶⁶

Não posso ficar nem mais um minuto com você

Sinto muito amor, mas não pode ser

Moro em Jaçanã

Se eu perder esse trem

Que sai agora às onze horas

Só amanhã de manhã

Não posso ficar nem mais um minuto com você

Sinto muito amor, mas não pode ser

Moro em Jaçanã

Se eu perder esse trem

Que sai agora às onze horas

Só amanhã de manhã

Além disso mulher, tem outra coisa

Minha mãe não dorme enquanto eu não chegar

Sou filho único, tenho minha casa prá olhar

(Repete)

⁶⁶ Letra completa pode ser encontrada no site <<https://www.vagalume.com.br/adoniran-barbosa/trem-das-onze.html>> .

Música: “Quero Voltar pra Bahia” de Paulo Diniz

**I don't want to stay here
I want to go back to Bahia(x4)**

Eu tenho andado tão só
Quem me olha nem me vê
Silêncio em meu violão
Nem eu mesmo sei porque
De repente ficou frio
Eu não vim aqui para ser feliz
Cadê o meu sol dourado
Cadê as coires, as do meu país

I don't want to stay here
I want to go back to Bahia(x4)

Eu tenho andado tão só
Quem me olha nem me vê
Silêncio em meu violão
Nem eu mesmo sei porque
Filha eu vou ver se mando
Noticias minhas para ' O Pasquim '
Beijos pra minha amada
Que sem saudades pensa em mim

I don't want to stay here
I want to go back to Bahia(x4)

Música: “Fruto do Nosso Amor (Amor Perfeito)” de Arnaldo Batista⁶⁷

Amor perfeito existia entre nós dois
Sem esperar que depois
Fosse tudo se acabar
Mas neste mundo
Que o perfeito não tem vida
Não merecemos querida
Viver juntos e amar

Nosso Senhor para sempre te levou
Nem ao menos me deixou
O fruto do nosso amor
Aquele filho seria a nossa alegria
Eu senti naquele dia
Ser um pai, ser um senhor

No hospital, na sala de cirurgia
Pela vidraça eu via
Você sofrendo a sorrir
E seu sorriso aos poucos se desfazendo
Então eu vi você morrendo
Sem poder me despedir

⁶⁷ Letra completa pode ser encontrada no site < <https://www.vagalume.com.br/amado-batista/fruto-do-nosso-amor-amor-perfeito.html>>.

Anexo 9: Texto produzido pelo Grupo Participativo

A PERSISTÊNCIA FAZ A DIFERENÇA

Andreia Santana

Elizete Mendes

Daniela Lucca

Dayse Silva

Jaziele Xavier

Joana Costa

Joelma Souza

Maria Aparecida Nardini

Maria Raquel Viana

Maria Regina Lemes

Maria Sueli da Costa

Ruth Oliveira

Tatiana Pagels

Viviane Costa

O desejo de trabalhar na saúde mental vai além da barreira de qualquer outro tipo de trabalho. Cada sujeito tem sua história e, com o nosso trabalho, nasce a cada dia um outro sujeito. Nasce uma descoberta e isso acaba despertando um entendimento mais amplo do que é cuidado na Saúde Mental.

Este trabalho só é possível com dedicação e trabalho em equipe. É importante se preocupar com o cuidado do outro: seja um(a) morador(a) de Residência Terapêutica ou seja seu colega de trabalho.

É importante falar do trabalho em equipe porque temos às vezes a falta de comprometimento e individualismo de alguns Acompanhantes Terapêuticos (ATs). A falta de respeito que muitas vezes acontece se torna explícita quando alguns ATs falam sobre cuidado com o(a) morador(a).

Muito se fala de amor, carinho, respeito, em fazer juntos e de repente nos deparamos com o individualismo, visando apenas o lado pessoal do trabalhador,

deixando o(a) morador(a) em segundo plano. O que não deveria acontecer, pois o(a) morador(a) tem que estar em primeiro plano, independente da nossa relação com o colega.

No nosso trabalho os limites entre o pessoal e profissional são muito tênues, muitas vezes ultrapassando os limites de cada espaço. Isso aparece principalmente quando não estamos bem: “Se eu não estou bem, como é que vou cuidar do outro?”.

Quando não estamos bem, o corpo para, pede que você se cuide. Porém nem sempre isso acontece, porque temos responsabilidades dentro e fora da nossa casa e do nosso serviço (que também é uma casa). No entanto, tudo fica mais tranquilo quando você tem parceria. Mas e quando não tem?

O companheirismo para com seu colega de plantão nem sempre existe e, por fim, não se consegue desenvolver um trabalho. Sacrifica-se o corpo pela falta de respeito do colega AT.

Quando um(a) morador(a) está doente acabamos ficando preocupados em saber se o outro está cuidando bem. Em contrapartida, soltam-se piadas dizendo que se quer mandar no plantão ou que se quer ser chefe.

Entendemos que cada um tem uma forma de ver “A Residência Terapêutica”, e são muitas as ações a serem feitas, principalmente na capacitação sobre este serviço/casa.

Todos nós sabemos da importância do nosso trabalho e que essas questões colocadas até aqui falam da complexidade que é trabalhar como AT. Entendemos que nosso trabalho faz parte de uma engrenagem que finaliza em um bom trabalho e desejo de fazer diferente, de mudar um quadro de doença para uma estabilidade e bem-estar.

Desta forma, decidimos apresentar cenas do nosso cotidiano nas quais os conceitos-ferramentas amor, carinho, respeito, cuidado e afetividade estão presentes. Mostrar as cenas nos faz mais sentido do que tentarmos explicar o por que entendemos que estes são fundamentais para a realização do nosso trabalho.

Cena 1: Amor Acima de Tudo

Decidimos ir para praia, era meio nublado, mas isso não impediu nosso desejo de ver o mar. Estávamos perto do meio-dia quando demos falta de João. Logo veio toda a preocupação, medo e quase desespero de ter “perdido” o morador. Sempre pensamos que sair com eles é a nossa melhor forma de cuidado, mas quando isso acontece logo vem o sentimento de que somos responsáveis por aquele sujeito e agora ele “sumiu”.

Ligamos para todas as pessoas possíveis e rodamos a cidade inteira. Lá pelas dez e quarenta da noite chegamos na rodoviária da cidade. Lá estava João. O sentimento de felicidade e realização veio imediatamente.

Assim que ele nos avistou, ele saiu correndo em nossa direção dizendo: “Eu sabia que vocês iam me achar!!!”. Abraçou uma das ATs e disse:

- Eu amo você! Você me ama?
- Amo sim, João!!

Um abraço muito forte e apertado foi compartilhado.

Nesta hora é que vem uma sensação de vitória.

Cena 2: Um niver muito louco/emocionante

Na residência tem um quintal que tem uma churrasqueira e estavam nesse espaço muitas pessoas, pois estávamos fazendo uma festa de aniversário para duas moradoras.

Tínhamos uma mesa de doce e bolo, mais arroz, maionese, farofa e refrigerante e a cerveja sem álcool (sucesso imediato na festa). A música era dos anos 80, divertimo-nos bastante. Foi um dia de festa e foi maravilhoso! Cantamos parabéns, foram entregues os presentes e elas amaram.

Para nós o mais gratificante foi ver a transcendência da falta do filho de uma das moradoras. Ela o esperou até o último minuto. Ela sentiu a falta dele, mas não deixou que isso tirasse sua alegria de estar comemorando com os presentes na festa.

Cena 3: Mais um dia de trabalho

Estávamos na sala às seis da manhã, próximo ao sofá. Márcio e Pedro

estavam vindo da cozinha, pararam e perguntaram para Maria, que é AT:

- Você está com sono?
- Estou sim...
- Deite na minha cama e descanse até a hora de ir embora.
- Não, tudo bem. Mas obrigada por oferecer.
- Vai, deita!! Vai dormir!! Vai descansar!!
- Não... está tudo bem!
- Dorme! Você precisa dormir, vai, dorme, você pode dormir, eu deixo, deita na minha cama, pode deitar que eu cuido de você. Quando eu estou com sono eu deito e durmo, você também pode, vai dormir, eu deixo.
- Não, meu amor, não quero dormir agora, quando eu chegar em casa eu durmo.

Cena 4: Companheirismo

Telefone toca na residência, Maria, que é AT vai atender:

- Maria, aqui é Rosa [AT também]. Como estão as coisas ai?
- Está tudo bem, eles estão aqui do meu lado falando ao mesmo tempo como sempre, mas está tudo bem. Só fale mais alto, para eu poder lhe ouvir melhor.
- É que eu estou com um problema com minha mãe e não vou poder ir pro plantão, você pode dobrar?
- Nossa... Você não vem? Avisou a referência?
- Avisei e não tem ninguém que possa ir no meu lugar... Você pode dobrar?
- Tudo bem, eu dobro.

Cena 5: Final Feliz!!

Sete horas da manhã chego na RT, toco a campainha e um morador olha o portão. Logo me vê, corre para pegar a chave e sai gritando:

- Você voltou, minha linda!!!

Todos os outros moradores que estavam acordados também vêm correndo em direção ao portão, eufóricos e gritando:

- Você voltou!!! Você voltou!!! Você voltou!!!

Foi uma recepção que eu não esperava. Demonstração de carinho sem preço!!