UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Dissertação

A produção de subjetividade no modo de atenção psicossocial

Carmen Terezinha Leal Argiles

Pelotas, 2012

CARMEN TEREZINHA LEAL ARGILES

A produção de subjetividade no modo de atenção psicossocial

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Enfermagem, da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Enfermagem em Saúde Mental e Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Luciane Prado Kantorski

Pelotas, 2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

A692p Argiles, Carmen Terezinha Leal
A produção de subjetividade no modo de atenção psicossocial / Carmen Terezinha Leal Argiles; orientadora Luciane Prado Kantorski. - Pelotas, 2012.
150 f.; il.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2012.

1. Enfermagem. 2. Saúde mental. 3. Atenção psicossocial. 4. Subjetividade. I. Kantorski, Luciane Prado, orient. II. Título.

CDD: 610.73

Catalogação na Fonte: Aline Herbstrith Batista CRB 10/ 1737
Biblioteca Campus Porto - UFPel

Folha de Aprovação

Autora: Carmen Terezinha Leal Argiles

Titulo: A produção de subjetividade no modo de atenção psicossocial

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Enfermagem, da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Enfermagem Saúde Mental e Saúde Coletiva.

Aprovado em _____/_____/_____

Banca Examinadora:

Profª Enfª Drª Luciane PradoKantorki.....

Profª Engª Drª Carla GonçalvesRodrigues.....

Profª Enfª Drª Valeria Cristina Christello Coimbra.....

Profª Enfª Drª Vanda Maria da Rosa Jardim.....

Profª Psic. Drª Ana Paula Müller de Andrade.....

Trata-se de constituição de modos de existência,
ou de invenção de possibilidades de vida...
Trata-se de inventar modos de existência,
Segundo regras facultativas,
capazes de resistir ao poder,
bem como se furtar ao saber,
mesmo se o saber tenta penetrá-lo
e o poder tentar apropriar-se dele.
Mas os modos de existência
ou possibilidades de vida não cessam
de se criar e surgem novos...
Deleuze (1988)

Trabalhar pela revolução...trabalhar pelo imprevisível
[...] produzir algo que não exista, produzir uma singularidade,
Na própria existência das coisas, dos pensamentos, das sensibilidades
[...] acarretar mudanças no corpo social
[...] manter processos singulares,
[...] articulando-os numa obra, num texto,
num modo de vida consigo mesmo e com os outros,
ou na invenção de espaços de vida
e de liberdade de criação...
(Guattari, 2011)

Agradecimentos

Nossa trajetória é constituída de múltiplos, e muitas vidas constituíram a minha história no fazer deste estudo. De diversas e diferentes maneiras, fizeram meu caminho possível.

Meus pais, que me formaram curiosa e inquieta, me ensinaram a pensar, conhecer, e estar em movimento.

Meus irmãos com quem aprendi a dialogar, discutir, discordar, expressar ideias e desejos.

Meu marido, amor, companheiro das boas e difíceis horas, que me apoia com afeto e sossego, para que eu possa me dedicar a estudar.

Meus filhos, que me alegram a vida, simplesmente por serem como são, amorosos, criativos, sensíveis, minhas fontes de energia e felicidade.

Vinicius, Mariana, Luiza e Greici, por serem como filhos, especiais, estarem sempre comigo, dividindo histórias e ideias.

Amigas e amigos “mentaleiras(os)”, em especial Cristina, Valeria Nogueira, Carmo, Ana Paula, Carmen Lopes, Luciane, Janaina, Valeria Coimbra, Celeste, Verinha, Maria de Fátima, Flávio que foram parceiros, fonte de provocação, inspiração, estimulo, conhecimento, diversão; e dúvidas e incertezas, necessárias para desacomodar.

Amigas de todo dia, do trabalho no CAPS, que sofrem as adversidades de nosso propósito, de construir um local de acolhida, de afeto, de relações, de respeito e responsabilidade pelo outro. Em especial a Denise, Marlene, Rosana, Rosangela, Deise, Marcelo, Carmem Mello, entre muitos outros, que caminham há muito tempo ao meu lado, e que assumiram parte de meu trabalho para que eu pudesse estudar.

Minha amiga, companheira de luta antimanicomial e tantas outras, e atualmente orientadora Luciane Kantorski, que me estimulou, me desafiou e me faz entender que era possível retornar para a academia. Que me ajudou a perder o medo, e fazer do mestrado mais que um curso, um espaço e um tempo de engajamento, de descoberta, de produção e principalmente de prazer.

Às professoras do mestrado, em especial Vanda, Michele e Rita, aos colegas, aos amigos do grupo de pesquisa em saúde mental, com quem

compartilhei aprendizagens, que me acolheram e me fizeram sentir “em casa”. Ao Vinicius pela disponibilidade em ajudar. Com vocês pude dividir dúvidas, ansiedades, trabalho, conhecimento e principalmente, fazer novos amigos.

Outras pessoas fui descobrindo neste caminho, e que sinto terem sido bons encontros, entre outros a prof. Carla Gonçalves e a “turma” da Faculdade de Educação que muito me ajudaram a desvendar “mistérios” deleuzianos.

A possibilidade de estar aqui se deve a compreensão e o apoio das atuais coordenadoras de saúde mental, e gestoras das instituições em que trabalho, SMS de Rio Grande e SMS de Pelotas, que foram fundamentais para me permitir tempo para estudar e frequentar o mestrado. Em especial meu agradecimento a Lilian Yurgel que me apoiou quando não parecia possível conciliar os compromissos.

Por último, não esqueço aqueles que me ajudaram a realizar meu estudo, me oferecendo suas experiências de trabalho e de vida, com calor, amizade e disponibilidade, são estes a equipe e usuários do CAPS II de Alegrete, que nos receberam de braços e corações abertos. Em especial aos usuários Antonio, Ubiratan, Suzana, e os profissionais Clodoaldo, Tânia, Judete, seu Abrilino, e por ultimo a gestão da SMS daquele município, que vem contribuindo para a área de saúde mental ao nos permitir pesquisar.

Resumo

ARGILES, Carmen Terezinha Leal. **A produção de subjetividade no modo de atenção psicossocial.** 2012. 150f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

A reforma psiquiátrica brasileira propõe mudanças paradigmáticas significativas no seu modo de relacionar-se com a loucura e operacionalizar o trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial. O modo de atenção psicossocial envolve mudanças de concepção sobre o cuidado, com o foco na pessoa que sofre e sua subjetividade. Os serviços constituem-se em espaços de cuidado, resgate e reinserção das pessoas em seu mundo relacional e social. Neste contexto, o presente estudo procura analisar a potencialidade de produção de subjetividade, na dinâmica de trabalho no Centro de Atenção Psicossocial da cidade de Alegrete-RS. Caracteriza-se como um estudo de caso, com abordagem de pesquisa qualitativa, que utiliza como referencial teórico o paradigma do modo psicossocial, as concepções de subjetividade de Deleuze e Guattari, e os conceitos de Foucault sobre as relações de poder e a micropolítica da dinâmica de trabalho. Os dados utilizados fazem parte de um recorte da pesquisa intitulada Avaliação dos Centros de Atenção psicossocial da região sul do Brasil II, o qual se constitui de um estudo quantitativo e qualitativo de avaliação de serviços. Esta dissertação de mestrado é um estudo qualitativo a partir dos dados do campo de Alegrete – Rio Grande do Sul. Como instrumentos de coleta de dados utilizou-se a entrevista semiestruturada realizada com 11 usuários e 21 trabalhadores, a observação de campo, com um roteiro pré-definido e registro em diário de campo num total de 253 horas. Os dados foram coletados em julho e agosto de 2011, em um serviço de Centro de Atenção Psicossocial do município de Alegrete. Utilizou-se a análise temática, para a leitura dos dados. Observou-se movimentos importantes de construção de práticas e dinâmicas de trabalho na perspectiva do paradigma psicossocial, bem como aspectos micropolíticos que possibilitam processos de implicação subjetiva para usuários e trabalhadores partindo da dinâmica estabelecida na operacionalização do trabalho. Estas relações apresentam ainda aspectos limitadores para o protagonismo, autonomia e independização, com a manutenção de procedimentos rígidos, hierarquizados e tutelares. A presença de especialismos e do saber-poder, colocam-se de forma a interromper os processos de horizontalização das relações no contexto do serviço. As resistências produzidas pelos diversos movimentos criados para o enfrentamento do preconceito em relação à loucura, na criação de outras possibilidades existenciais, de forma a promover um reposicionamento subjetivo para todos os atores envolvidos, usuários e trabalhadores, indicam processos de produção de subjetividade singularizada. Espera-se com este estudo contribuir para o desenvolvimento de processos de mobilização, inovação e diferenças no modo psicossocial de cuidar, estimulando a diversidade, multiplicidade e heterogeneidade nos coletivos implicados neste campo.

Descritores: Saúde Mental. Serviços de Saúde Mental. Subjetividade. Atenção Psicossocial.

Abstract

ARGILES, Carmen Terezinha Leal. **The Production of Subjectivity in the Mode of Psycho-Social Care.** 2012. 150f. Dissertation (Masters). School of Nursing. Federal Universit at Pelotas, Pelotas.

Significant paradigmatic changes have been proposed to reform psychiatric methods for relating with mental illness and conducting the work of Psycho-Social Care Centers in Brazil. The form of psycho-social care involves changes in the concept of care, with a focus on the person who suffers and his or her subjectivity. Services are spaces where care is provided and for the restoration of people and their reinsertion in their relational and social world. In this context, this study seeks to analyze the potential for production of subjectivity in the dynamic of work at the Psycho-social Care Center in the municipality of Alegrete-RS. This is a case study, with a qualitative research approach. As theoretical references, it uses concepts from Guattari and those from Foucault concerning power relations and the micropolitics of the dynamic of work. The data used come from the study entitled Evaluation of Psycho-Social Care Centers in Southern Brazil II, which is a quantitative and qualitative study for the evaluation of services. This masters dissertation is a qualitative study based on field data from Alegrete, Rio Grande do Sul State. Data collection tools included semi-structured interviews with a pre-defined questionnaire conducted with 11 users and 21 workers and records in field diaries from 253 hours of field observations. The data were collected in July and August 2011, at a service of the Psycho-social care center of Alegrete. A thematic analysis was used for reading the data. Important movements were observed in the construction of practices and the working dynamics in the perspective of the psycho-social paradigm, as well as micropolitical factors that allow processes of subjective implication for users and workers based on the dynamic established in the operationalization of the work. These relations also present factors that restrict protagonism, autonomy and independence because of rigid, hierarchized and protective procedures. The presence of specialties and of power/knowledge prevent the establishment of horizontal relations in the context of service. The resistance produced by movements taken to confront prejudice toward mental illness and to create other options to promote a subjective repositioning for all the actors – both users and workers - involved, indicates processes of production of singularized subjectivity. It is hoped that this study contributes to the development of processes of mobilization, innovation and differences in the psycho-social form of care, stimulating diversity, multiplicity and heterogeneity among the collective involved in this field.

Descriptors: Mental Health. Mental Health Services. Subjectivity. Psycho-social care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Círculo Hermenêutico-Dialético.....43

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Roteiro para análise dos dados.....58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Benefício de Prestação Continuada – BPC
Capitalismo Mundial Integrado – CMI
Centro de Atenção Psicossocial – CAPS
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD
Centro de Atenção Psicossocial II – CAPS II
Centro de Atenção Psicossocial Infância e Adolescência – CAPS I
Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq
Estados Unidos da América – EUA
Fundação de Economia e Estatística – FEE
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE
Moradia Assistida – MA
Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental – MTSM
Organização Mundial de Saúde – OMS
Paraná – PR
Pesquisa de Avaliação de CAPS da Região Sul do Brasil – CAPSUL
Rio Grande do Sul – RS
Santa Catarina – SC
Serviço Móvel de Urgência – SAMU
Serviço Residencial Terapêutico – SRT
SUS – Sistema Único de Saúde
Universidade Federal de Pelotas – UFPel

Sumário

1 Introdução 13

2 Objetivos 20

2.1 Objetivo geral 20

2.2 Objetivos específicos 20

3 Justificativa 21

4 Referencial teórico 24

4.1 Subjetividade e produção de subjetividade 24

4.2 A produção de subjetividade e o modo de atenção psicossocial 29

4.3 O processo de trabalho no modo de atenção psicossocial 34

5 Metodologia 41

5.1 Caracterização do estudo 41

5.2 Caminho teórico-metodológico 42

5.3 Local do estudo 46

5.3.1 Características do município 47

5.3.2 A rede de saúde mental de Alegrete 48

5.4 Instrumentos de coleta de dados 49

5.4.1 Observação 49

5.4.2 Entrevista 52

5.4.3 Aplicação das entrevistas 54

5.5 Sujeitos do estudo 55

5.6 Trabalho de campo 56

5.6.1 Contato com o campo 56

5.6.2 Organização da pesquisa em campo 57

5.6.3 Identificando os grupos de interesse 57

5.7 Análise temática 57

5.8 Princípios éticos 59

6 Análise dos dados e discussão dos resultados 60

6.1 A produção de subjetividade no modo psicossocial 60
6.1.1 Os processos de singularização 63
6.1.2 A produção de sentido 70
6.1.3 Produção de desejo 77

6.2 A Micropolítica no Modo de Atenção Psicossocial 82

7 Considerações finais 115

Referências 125

Apêndice 134

Anexo 136

1 Introdução

A proposta deste estudo é pensar as mudanças previstas, a partir da reforma psiquiátrica brasileira, para os serviços substitutivos à estrutura manicomial no país, no que se refere ao modo de promover o cuidado e, em especial, a possibilidade destes espaços – os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), trabalharem com a perspectiva da produção de subjetividade singularizada das pessoas em sofrimento psíquico.

O estudo aborda o contexto de trabalho do Centro de Atenção Psicossocial de Alegrete-RS, em uma investigação de caráter qualitativo, a partir de dados coletados em pesquisa de campo realizada em 2011, na interlocução com usuários e trabalhadores do referido serviço.

O modo psicossocial de cuidar proposto no ideário da reforma psiquiátrica e na concepção dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS pressupõe espaços de potencialização de projetos de vida individuais e coletivos, de subjetivação, de criação de sentidos, de invenção de dispositivos de relação, conexão e interação na sociedade com cidadania; produzindo territórios existenciais próprios e alternativos.

A pertinência deste estudo neste contexto, após dez anos da aprovação da lei de reforma psiquiátrica, parte da necessidade de analisar o trabalho que vem sendo construído nos serviços de CAPS, com foco na possibilidade de produção de subjetividade presentes nas práticas desenvolvidas e processos de trabalho estabelecidos nestes locais, em contraposição ao modo manicomial de cuidar; proposta centrada na doença e na contenção do sujeito.

A reforma psiquiátrica é processo político e social complexo e tem como foco as mudanças na atenção psiquiátrica, centrada na hospitalização e no asilamento, denunciando à violência institucional, a mercantilização da loucura, a hegemonia de

uma rede privada de assistência e a crítica ao modelo psiquiátrico hospitalocentrico (BRASIL, 2005).

O movimento de reforma psiquiátrica brasileira propõe a desconstrução do equipamento manicomial, não só no que se refere aos espaços físicos, de contenção e aprisionamento dos corpos, explícitos na situação de internação, mas, para além destes, a desmontagem de toda a organização psiquiátrica tradicional, que parte da concepção de doença mental como um conjunto de incapacidades para a vida em sociedade (AMARANTE, 1996).

A política de saúde mental com proposta antimanicomial é recente no Brasil, considerando que, no período anterior aos anos 60, o espaço de tratamento para os transtornos mentais cumpriam uma função claramente saneadora, com instituições que pouco se ocupavam de tratar, onde priorizavam o asilamento e o afastamento das pessoas com sofrimento mental do meio social (RESENDE, 2001).

Na década de 60 inicia-se um debate sobre a assistência psiquiátrica no Brasil, a partir de movimentos de reformas ocorridas na Europa e EUA. Dentre estas, a reforma na França, conhecida como psiquiatria de setor; na Inglaterra, com as comunidades terapêuticas; nos EUA, a psiquiatria preventiva e a proposta de reforma da psiquiatria democrática italiana, a qual mais influência teve para a reforma psiquiátrica brasileira (AMARANTE, 2003).

No final dos anos 70 com a organização do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), o qual passou a denunciar as más condições de tratamento e de trabalho no interior dos grandes manicômios em consonância com as proposições da reforma sanitária; configura-se a luta pela reforma no setor psiquiátrico como um movimento político no país. Porém, apenas no final dos anos 80, inspirado na experiência italiana, este movimento assume o compromisso de ruptura com o paradigma psiquiátrico tradicional e passa a lutar pelo fim das instituições manicomiais, utilizando o lema “por uma sociedade sem manicômios” (AMARANTE, 2003, p. 80).

Com a redemocratização e a concretização dos ideais da reforma sanitária, a Constituição Federal de 1988 garante aos brasileiros o Sistema Único de Saúde – SUS. A partir de sua implementação com a aprovação das leis nº 8080/90 e nº 8142/90, estabelece-se no Ministério da Saúde a Coordenação Nacional de Saúde

Mental, a qual passa a trabalhar por políticas específicas para a área de atenção psiquiátrica (BRASIL, 2005).

O projeto de lei nº 3657/89 do deputado Paulo Delgado, que propunha a reforma psiquiátrica no país, tramitou durante 12 anos, culminando com a aprovação da lei nº 10216/01, a qual instituiu a Política Nacional de Saúde Mental; após um longo período de proposições em conferências de saúde, fórum de trabalhadores, experiências de gestões municipais, que propunham atenção em espaços abertos e comunitários, e aprovação de leis de reforma em alguns estados do país (BRASIL, 2005).

Os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) surgem a partir do ano de 1992 como experiências em diversos municípios brasileiros, sem financiamento específico e sem a garantia de redução de leito nos hospitais psiquiátricos. Após a aprovação da lei nº 10216/01, o processo de reforma psiquiátrica ganhou impulso com diversas portarias que propõem a construção da rede de atenção à saúde mental com benefícios como o programa de volta para casa, gestão e fiscalização do processo de redução de leitos nos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Com inúmeras dificuldades o ideário de um cuidado psiquiátrico para além dos muros das instituições manicomiais passa a ser concretizado. A expansão de serviços de CAPS no Brasil ultrapassa 1650 serviços, implantados com financiamento da união e iniciativa das gestões municipais (BRASIL, 2011). Os CAPS constituem-se como o espaço de uma nova clínica produtora de autonomia, que deve promover o reposicionamento subjetivo do usuário através da proposição de protagonismo, responsabilização por seu projeto de tratamento e de vida, na perspectiva apontada por Costa-Rosa (2006).

A concepção manicomial, além de uma redução do sujeito ao sintoma que o aflige, acarreta a este à imputação de amplas impossibilidades, entre as quais a que se refere a aspectos de sua identidade: a percepção de si, de sua autonomia, de pertencimento familiar, social e de sujeito portador de cidadania e direitos. Nesta lógica de compreensão da doença mental, a solução para o dispositivo de cuidado é a cura do sintoma. Este objetivo único é pouco alcançável, visto as características de exclusão e impotência, nas quais a pessoa é colocada e que pode incrementar o sofrimento, com a alienação e inadequação social (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2005; AMARANTE, 1996).

A desconstrução deste modelo é o desafio colocado aos profissionais de saúde, os quais trabalham com o paradigma da reforma psiquiátrica no ideário da psiquiatria democrática italiana. Estes referenciais passam por uma revisão conceitual e política de compreensão da doença mental, das práticas estabelecidas e dos estabelecimentos de saúde, os quais devem constituir-se como espaços de cuidado, resgate e reinserção do sujeito, que sofre em seu mundo relacional e social. Para esta clínica, dita ampliada, proposta no paradigma psicossocial, tem sido essencial às proposições de novas formas de subjetividade singularizada, de diversas tecnologias para o modo de exercício das experiências em saúde mental e para a elaboração de novas práticas conforme a reforma psiquiátrica propõe (COSTA-ROSA, 2006).

Rotelli et al. (2001) colocam que a desospitalização, a desmedicalização e a implicação subjetiva e sociocultural do sujeito com sofrimento mental são as principais metas do modo psicossocial.

Os conhecimentos de como os serviços operam nos permitem identificar aspectos de aproximação e de distanciamento em relação aos objetivos mais amplos do movimento de reforma psiquiátrica e, assim, contribuir para instauração de práticas de cuidado produtoras de sentido para a mudança de realidades no que se refere à centralidade, que a doença ocupa na vida das pessoas: a exclusão, o estigma, a tutela; as quais comprometem às possibilidades de vida independente e cidadania. O desafio do modo psicossocial em produzir singularidades e subjetividades na contramão do modo manicomial, a qual produzia subjetividades serializadas e disciplinadas (COSTA-ROSA, 2006), relaciona-se, intrinsecamente, ao modo de trabalho institucional e as práticas por este produzidas.

As ideias manicomiais, ainda presentes nos novos serviços através de práticas e discursos limitadores, denunciam posturas rígidas, clínica focada na medicalização; promovem infantilização, submissão e tutela, mesmo que dissimuladas em novas atividades em espaço aberto (MACHADO; LAVRADOR, 2002), não podem ser ignoradas ou minimizadas em sua possibilidade de comprometer toda a proposta inovadora de cuidado prevista no modo psicossocial.

Desta forma, é importante compreender que as práticas instituídas por séculos de segregação dos loucos nos manicômios implicaram, não só no afastamento da loucura do meio social, mas também impôs as pessoas internadas à

experiência do que Goffman (1999, p. 48-49) chamou de mortificação do eu e do aprisionamento das subjetividades que paralisadas, não respondem aos agenciamentos do desejo, produzindo fixações identitárias e a experiência da objetivação do sujeito.

Esta subjugação da subjetividade do louco não se limita àquele que vivencia corporalmente a internação, mas estende o medo da loucura ao tecido social; estende, aos ditos normais, o controle da subjetividade coletiva trazendo para a sociedade a intolerância com a diferença e a própria limitação de seu potencial criador e inventivo (GUATTARI, 1992).

Foucault (1993) formula o conceito de biopoder, o qual indica o poder exercido sobre a vida, à gestão da vida; incidindo não apenas sobre os indivíduos, como no poder disciplinar, mas sobre a população que passa a ser controlada e regulada inclusive em seus processos biológicos (controle de natalidade e outros). Posteriormente, Deleuze e Guattari (1992) ao trabalharem sobre o controle contemporâneo, que não ocorre apenas sobre o corpo, sobre o espaço, mas, principalmente, sobre o tempo, realizando um gerenciamento da vida, controlando o movimento, a sexualidade, o afeto, o desejo, a saúde etc; apontam as limitações e processos de ruptura à qual a subjetividade está sujeita na contemporaneidade do chamado Capitalismo Mundial Integrado (GUATTARI; ROLNIK, 1999).

A produção de subjetividade aqui colocada, parte dos conceitos teóricos de Deleuze e Guattari (1992), afirmando que a subjetividade não é dada; ela é objeto de uma incansável produção que transborda o indivíduo por todos os lados. O que temos são processos de individuação ou de subjetivação, que se fazem nas conexões entre fluxos heterogêneos, dos quais o indivíduo e seu contorno seriam resultantes. Assim, as figuras da subjetividade são, por princípio, efêmeras e sua formação pressupõe, necessariamente, agenciamentos coletivos e impessoais (ROLNIK, 1996).

Não é possível falar de subjetividade de modo geral, nem de um sujeito universal, mas somente de subjetividades práticas e sujeitos que se constituem na experiência social em seus trajetos singulares na sua família, na escola, na rua, no seu corpo, no trabalho, enfim no contexto da vida cotidiana (SOARES; MIRANDA, 2009).

Se considerarmos a subjetividade como um fluxo contínuo de sensações, modos de existir, amar, comunicar, de expressar, sentir afetos, valores e formas de consumir, literalmente fabricadas no entrecruzamento de instâncias sociais, técnicas, institucionais e individuais; estamos colocando as possibilidades dos engendramentos de subjetividades. Talvez, é possível considerar, então, que todos os sujeitos e coletivos humanos são produtores de subjetividade (SOARES; MIRANDA, 2009).

Este estudo utilizará o conceito de subjetividade o qual envolve tudo aquilo que concorre para a produção de um em “si”, um modo de existir, um estilo de existência, fluido, dinâmico, que possibilite a produção de singularidades (SOARES; MIRANDA, 2009).

Os processos de trabalho engendram agenciamentos em trabalhadores e pessoas em sofrimento psíquico nos serviços, que podem configurar-se ou como limitadores e de captura de criação, inventividade, potências de vida e subjetivação, ou como desencadeantes de processos os quais rompam com o estabelecido, que articulem fluxos diversos e possibilitem a produção de subjetividades individuais e coletivas.

A organização dos processos de trabalho dá-se em função de seus elementos constituintes tais como: o objeto do trabalho, os meios de produção e o trabalho humano; assim como as relações técnicas, sociais e de produção. Contudo, o trabalho em saúde inclui processos próprios, que lhe dão características distintas e definem sua complexidade (MERHY, 2007a).

Merhy e Franco (2003, 2007) identificam a micropolítica do processo de trabalho como determinante no processo de produção de saúde. As relações construídas nos equipamentos de saúde, entre os profissionais que compõe a equipe, que realiza o cuidado; a equipe gestora e os usuários, os quais utilizam o serviço, refletem-se nas formas de organização e nas práticas elencadas para compor a dinâmica diária de atenção. Essa micropolítica é histórica e, socialmente, produzida por todos os agentes que integram o serviço e seus modos de representação e subjetivação. Respondem, não só, as demandas que os usuários e a sociedade trazem ao serviço, mas às dos profissionais e seus modos de fazer e às macropolíticas instituídas.

Tendo como pressuposto neste estudo, que a subjetividade singularizada se potencializa a partir das relações entre pessoas em sofrimento psíquico e trabalhadores, na dinâmica do processo de trabalho e das práticas desenvolvidas nos CAPS.

O problema de pesquisa procurou analisar que produção de subjetividade é potencializada a partir das práticas de atenção e da dinâmica do trabalho no modo psicossocial de cuidado, desenvolvidas nos Centros de Atenção Psicossociais-CAPS?

O estudo está organizado em capítulos que possibilitam a melhor compreensão do texto. A apresentação da temática proposta está delineada no capítulo introdutório, no qual consta, também, o problema de pesquisa. Os objetivos estão apresentados no segundo tópico. A justificativa, no terceiro capítulo, expõe a pertinência do estudo e as motivações para o desenvolvimento do trabalho. Na sequência, trata de explorar as referências teóricas que norteiam a pesquisa. O quinto capítulo, aborda a metodologia, a caracterização do estudo, o caminho teórico metodológico e todo o detalhamento da pesquisa. O sexto capítulo trata da análise e discussão dos dados, estando subdividido na análise da produção de subjetividade, da micropolítica e o modo de atenção psicossocial, no serviço estudado. A produção de subjetividade apresenta ainda três subcapítulos, discutindo os processos de singularização, a produção de sentido e a produção de desejo. As considerações finais estão apresentadas no último capítulo do trabalho.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Analisar as potencialidades de produção de subjetividade na dinâmica e práticas de trabalho instituídas nos CAPS - Centro de Atenção Psicossocial de Alegrete-RS.

2.2 Objetivos específicos

Identificar aspectos de produção de subjetividade singularizada (processos de singularização, produção de sentido, produção de desejo) a partir das ações desenvolvidas no CAPS.

Identificar aspectos micropolíticos (através de controle do tempo, do acesso aos espaços, da rotina e dos regulamentos) nas relações e práticas instituídas no serviço de CAPS.

3 Justificativa

A reforma psiquiátrica como processo de desinstitucionalização está posta, à medida que há um posicionamento político alicerçado em legislação orientando o modelo assistencial em saúde mental para o Brasil. Porém, esta redução à desospitalização, compromete os avanços à concretização do processo de desmonte dos “manicômios mentais” (PELBART, 1993) e das práticas conservadoras instituídas nos serviços.

Na rede de serviços substitutivos ao modelo psiquiátrico tradicional, entre os quais se encontram os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, propõe-se a implementação de cuidados em espaços abertos na contraposição à hospitalização, mas para além desta característica do serviço, está toda uma proposta de trabalho alicerçada na ênfase à desconstrução de saberes e práticas limitadoras e manicomiais (COSTA-ROSA, 2006).

Esta organização do cuidado, passa pela necessidade de inaugurar metodologias, que alterem os fluxos, tanto entre o serviço e outros espaços, quanto no interior do mesmo, e que estes possam agenciar novas possibilidades de cuidados e de vivências para os usuários. As práticas apoiadas somente no uso de medicação, as quais priorizam o enfrentamento do sintoma, se negam a olhar para os processos de subjetivação singulares e construção de projetos de vida.

O risco da institucionalização do serviço devido à burocratização, controle e estabelecimento de normatizações limitadoras de processos (rotinas implantadas, regulamentações de atividades, acessos restritos e práticas tutelares) podem levar a recriação do manicômio, considerando que este é expresso em atitudes e posturas, não só em construção de muros.

O conceito foucaultiano de biopoder que se relaciona a captura de processos de vida, poder microfísico, normalização, tecnologias disciplinares e de

regulamentação, permitem a análise de práticas institucionais e relações estabelecidas nas instituições de cuidado, mesmo em espaços que busquem a superação destas, tais como nos serviços de atenção psicossocial.

A psiquiatria coloca-se como saber-poder, o qual se constituiu através da tecnologia dita de dupla face, que opera de forma disciplinar e regulamentar. Esta produziu o conceito de normalização e assumiu a tutela de toda a expressão humana que se afasta deste conceito. A relação manicomial se estendeu ao tecido social e expulsou deste a diferença (OLIVEIRA; PASSOS, 2009).

A dificuldade colocada aos serviços substitutivos ao manicômio trata de, estando incluso neste tecido, escapar a essa captura de controle, buscando compreender que modos de subjetivação são produzidos nos espaços de saúde mental, nas práticas cotidianas de cuidado e nas relações construídas entre as pessoas inseridas no serviço (trabalhadores e usuários).

A rede de saúde mental ao assumir articulações rígidas e burocráticas, dificulta o trânsito dos usuários de forma mais fluída e autônoma, conforme a necessidade de cuidado. Estas implicações refletem-se na permanência do usuário em um serviço, visto a dificuldade de locomoção no interior da rede. As instituições destes possíveis fluxos provocam a paralisação dos mesmos. A forma como os próprios profissionais encontram-se colocados, estaticamente nos diversos serviços, fechando-se a comunicação com os demais parceiros responsáveis pelo cuidado, indicam que estes, funcionam de forma enrijecida e com características institucionalizantes.

Enquanto pesquisadora e trabalhadora de serviços de CAPS torna-se inquietante pensar o processo de trabalho de forma implicada com o fazer cotidiano e o quanto este corresponde ao que se entende como modo psicossocial de cuidar. Conforme o exposto anteriormente, o trabalhador é instigado a refletir como as formas internalizadas durante a formação profissional e hegemônica nos processos de trabalho em saúde, as estruturas organizacionais precarizadas e enrijecidas em hierarquias, rotinas, protocolos e demandas, comprometem as possibilidades de construções de processos inovadores, que fujam das formalidades e expectativas tradicionais e, acima de tudo, priorizem as pessoas em suas diferenças, singularidades e seus projetos de vida individuais e coletivos.

Na realização deste estudo, se procurou compreender o quanto tem sido possível, em experiências já constituídas de serviços de CAPS, desenvolver uma prática de cuidado que ao se diferenciar substancialmente das desenvolvidas no modo manicomial, apontem para processos de produção de subjetividade, criação de projetos singulares de vida e reinserção no mundo social e relacional.

Sendo parte de um movimento de luta, por um novo modo de cuidar das pessoas em sofrimento psíquico; entendendo as limitações do modelo psiquiátrico institucionalizante e participando de forma concreta na construção de serviços de saúde mental comprometido com o modo psicossocial de cuidar, torna-se importante e necessário ficar alerta para as dificuldades inerentes a todo o processo de mudança.

Criar novas formas de relação entre profissionais, usuários e gestão nos serviços, impõe aos atores deste processo compromisso, conhecimento, implicação, desejo de mobilização e de ruptura com práticas tradicionais de trabalho. A realidade diária nos serviços de atenção a saúde mental, demonstra que são inúmeras as dificuldades encontradas, com aspectos de conservação do modelo anterior, tais como: a centralização na doença e na medicação; relações hierarquizadas e de controle para com os usuários do serviço; relação com a gestão, estrutura e manutenção dos serviços, entre outros.

Sendo este um percurso que está em construção, é pertinente e relevante estudos ou intervenções no sentido de desafiar, instigar os envolvidos a pensar, discutir, enfrentar e, principalmente, desejar o protagonismo de todos neste processo.

A relevância da proposição deste estudo é contribuir para que trabalhadores, gestores e pessoas envolvidas nos serviços de atenção psicossocial possam pensar seu fazer no cotidiano do cuidado, tendo claro que neste espaço, se constrói novas modalidades de relação, com os outros e com o mundo, produzindo agenciamentos contínuos.

4 Referencial teórico

4.1 Subjetividade e produção de subjetividade

O conceito de indivíduo surge em diferentes momentos na história. Fundado pelo cartesianismo, pelo liberalismo, pela Revolução Francesa, pelo iluminismo, pelas ciências humanas, trazendo uma noção de sujeito ligado à interioridade, ao individualismo e, principalmente, à norma. O sistema capitalista precisa de indivíduos para funcionar ou de um modo-indivíduo de subjetividade, desde o século XVIII, quando passa a ser reconhecido, então, como expressão da subjetividade. Com o modo-indivíduo, uma forma de exercício de poder, passa a funcionar, articulado a saberes e instituições tendo sido denominada por Foucault (2000) como o poder disciplinar, o qual exerce um controle contínuo sobre os indivíduos, desde seus corpos, através da imposição da norma e modelando-os para a produtividade. Uma das grandes estratégias deste poder disciplinar é o confinamento e suas instituições, fabricando indivíduos eficientes e produtivos; e com estes um contingente de excedentes e excluídos (TORRE; AMARANTE, 2001).

Foucault (1997) refere que as instituições surgem das necessidades sociais e não de descobertas da ciência e do conhecimento. Assim, o asilo teria surgido da necessidade de normatização do louco, conformando uma nova experiência para a vivência da loucura. Desta maneira, a medicina produz o conceito de alienação, o qual determina a impossibilidade deste indivíduo de contratualizar trocas sociais. A exclusão pelo isolamento, então, justifica-se como medida terapêutica e pedagógica. A subjetividade do louco assume o caráter de alienada e desregrada (TORRE; AMARANTE, 2001).

Deleuze (1992) coloca que as instituições as quais constituíam a sociedade disciplinar (família, escola, hospícios, prisões, entre outras) não deixam de exercer seu poder, porque este está generalizado, em formas fluidas em todo o corpo social. A sociedade passa a operar com o controle, não só do corpo das instituições, mas da subjetividade, dos fluxos e dos movimentos do humano.

Nesta está à nova concepção de controle sobre a vida chamada por Deleuze (1992, p. 220) de “sociedade de controle”, onde regulagens implícitas nos atravessam de modo insistente e insuspeito. E, elas dizem respeito, sobretudo, à relação humana com o tempo e o espaço de existência, à norma da disciplina e à norma da regulamentação (operada pelo biopoder), em relação aos quais devemos responder com as “potências de criação da vida”.

Para Guattari (1986) seria conveniente dissociar radicalmente os conceitos de indivíduo e de subjetividade. Os indivíduos são resultados de uma produção de massa. O indivíduo é serializado, registrado e modelado. A subjetividade não é passível de totalização ou de centralização no indivíduo. Uma coisa é a individuação do corpo; outra é a multiplicidade dos agenciamentos da subjetivação que produzem uma subjetividade fabricada e atravessada pelo social.

A produção de subjetividade trata de um tema complexo, o qual envolve instâncias individuais, coletivas, institucionais e o seu entendimento extrapola o limite de uma disciplina envolvendo os campos de saberes da sociologia, antropologia, psicologia e psicanálise (GUATTARI, 1992).

A produção de subjetividade, sendo produto das redes da história; não pode ser vista de forma individual, sendo sempre coletiva, sendo produzida, não no interior do indivíduo, mas pelos vetores mais diversos presentes na coletividade. (TORRE; AMARANTE, 2001).

Segundo Ferreira (2008), a partir dos conceitos de Guattari, o autor define, ainda, a subjetividade como um conjunto de condições e relações que torna possível o surgimento de uma nova forma de pensar que pode ser autorreferencial, individual e produzida socialmente, nas instâncias individuais e/ou coletivas de produção de desejos e sentidos.

Teixeira (2001) coloca que o sujeito não é um indivíduo universal, preso a uma ontologia particular, mas que pode ser visto como em processos múltiplos de produção de heterogêneos e para falar deste sujeito precisamos da noção de

subjetividade, tendo claro que a subjetividade não pode ser vista de forma totalizada ou centrada no indivíduo, sendo esta uma multiplicidade de processos. O indivíduo estaria no entrecruzamento de múltiplos vetores, os quais formam a subjetividade. Estes processos atravessam o indivíduo e podem ser tanto provenientes de instâncias individuais como sociais, institucionais e coletivas.

Segundo Guattari (1992, p. 20):

> "a subjetividade não é fabricada apenas através das fases psicogenéticas da psicanálise ou dos 'matemas do inconsciente', mas também nas grandes máquinas sociais, mass-midiáticas[1], linguísticas, que não podem ser chamadas de humanas".

Segundo Ferreira (2008), discutindo as ideias de Guattari, o capitalismo é uma máquina de produção de sentidos que estabelece papéis, desejos, posicionamentos, corporeidades e padrões estéticos diversos, produzindo comportamentos de submissão ou de libertação, e ultrapassa a territorialidade existencial em todos os sentidos. Esta é projetada na realidade do mundo e na realidade psíquica e produzindo modos de relações entre as pessoas desde suas representações inconscientes. Esta produção revela-se no modo de relacionar-se nas normas comportamentais, nas formas de amar, de se expressar, de trabalhar com a produção de sentidos, de afetos, de pensamento, de sentimento, entre outros.

Guattari (1999) diz que a construção da identidade e da imagem corporal dá-se a partir de modelos de referência com base em padrões definidos socialmente e a subjetividade é fabricada e modelada no registro do social.

Teixeira (2001) traz uma questão importante para o estudo da produção de subjetividade nos serviços de saúde mental, os quais atuam de acordo com o modo de atenção psicossocial ao referir que o campo da saúde é, também, espaço de transformação do sujeito, quando identifica aquele que como ator social, atua de alguma maneira na produção de subjetividade. E, se refere a Guattari e Rolnik (2011), os quais colocam que o profissional de saúde trabalha para o funcionamento desses processos, na medida de suas possibilidades e dos agenciamentos que

---

[1] Mass-mídia refere-se aos meios de comunicação de massa mundializados. Mídia capaz de controlar, manipular, insinuar sobre as formas de vida subjetiva, garantindo a captura e controle maquínico (DELEUZE; GUATTARI, 1997).

consigam pôr para funcionar, da sua capacidade de se articular com os agenciamentos que assumam sua responsabilidade no plano micropolítico.

Os Centros de Atenção Psicossocial podem ser espaços de desenvolvimento de modos de subjetivação singulares, evitando a reprodução de condutas, movimentos e formas de agir e pensar, conforme a máquina capitalista de produção social de sujeitos serializados, procurando novas formas de experienciar sentimentos, sensações, modos de relacionar-se, de criar e de produzir singularidades.

Os processos de subjetivação dos equipamentos sociais e dos dispositivos políticos de poder têm a função de definir coordenadas semióticas (de signos e sentido) determinadas, as quais se infiltram no comportamento dos indivíduos serializando-os. Mas, não se trata de um poder como entidade que subjuga o indivíduo e sim de uma naturalização das práticas e discursos, das ditas máquinas capitalísticas de produção de subjetividades (TORRE; AMARANTE, 2001).

Em alguns contextos sociais e semiológicos a subjetividade individualiza-se, coloca-se no centro das relações de alteridade rígidas, instituídas pelas famílias, hábitos e costumes, leis jurídicas e, em outras condições, a subjetividade se faz coletiva, o que não significa que ela se torne restritamente social. Cada sujeito ou grupo expressa sua modelização subjetiva, inclusive na forma de administrar seu sofrimento e suas pulsações (BELINI; HIRDES, 2006).

Deleuze (1998) fala dos processos de subjetivação ocorrendo quando consideramos as diversas maneiras pelas quais os indivíduos ou as coletividades se constituem como sujeitos, mas ressalta que estes processos só valem na medida em que escapam dos saberes constituídos e dos poderes dominantes. No preciso momento em que acontecem, tem uma espontaneidade rebelde. O autor acredita que é nos pequenos acontecimentos e nos pequenos espaços que engendramos novos espaços-tempos, de volumes reduzidos, mas que escapam aos controles das máquinas instituídas.

Deleuze (1992) aborda, de forma densa, a formulação destes conceitos, os quais podem ser referenciais para a leitura dos movimentos do modo psicossocial de cuidar, das práticas utilizadas e das relações estabelecidas nestes espaços de cuidado, que pretendem fugir as formas manicomiais de relação e cuidado. Contudo, o autor aponta para as formas de exercício de controle nos espaços abertos, onde a

expressão deste ocorre de forma mais sutil e difusa, trazendo o perigo de não o identificarmos.

O mundo contemporâneo, com o capitalismo globalizado e em rede, é entendido por Pelbart (2003) como essencialmente nômade, onde há circulação de fluxos de toda ordem em grande velocidade. Estes seriam: fluxos de capital, de informação, de pessoas, entre outros. Sendo que esta circulação cria diferenças, produzindo novas formas de exclusão, de exploração, de misérias, sofrimentos e desligamento. Castel (1994) chamou a este fenômeno de desfiliação, o que representa aquele que se sente expropriado da rede de vida da maioria, pelo modo instituído de viver determinado pelo capital. O território subjetivo, as redes de sentido e pertinência, antes relacionados aos valores, tradições e ritos; hoje se encontram à mercê do capital e de formas de vida por estas determinadas. O desafio de produção de subjetividade, no interior desta megamáquina, gera um conjunto vivo de estratégias, de se agregar, de trabalhar, de viver; e estas demandam a criação de redes autônomas e descoladas, produzindo territórios existenciais alternativos.

Através da infinidade de fluxos de imagem, informações de serviços a que nos expomos e que acessamos no cotidiano, aprendemos formas de viver, sentido de vida, consumimos subjetividade, que penetram em todas as esferas da existência, mas, também, nos mobiliza e amplia as possibilidades de plasticidade subjetiva sem limites.

O modo de produção de subjetividade, a qual Deleuze e Guattari denominam como capitalístico, refere-se a um modo hegemônico (território definido) de produção do desejo ou de produção de subjetividade. O termo deriva de capital, que na economia relaciona-se ao valor da força de trabalho ou para os bens produzidos. Essa hegemonia com a globalização torna-se mais presente e mais visível. Neste contexto, há uma constante perda de referência, geradora de um processo alienante de incapacidade de criação, de referenciais de autonomia e singularidade (LOPES, 1996).

4.2 A produção de subjetividade e o modo de atenção psicossocial

A desconstrução do modo manicomial de atenção psiquiátrica desafia à construção de um novo paradigma para a atenção em saúde mental, que na conjuntura da reforma psiquiátrica brasileira denomina-se modo de atenção psicossocial. Nesta concepção, a pessoa em sofrimento passa a ser reconhecida enquanto sujeito, o qual possui história e constitui-se como um ser de desejos, com possibilidades de retomada da liberdade e da autonomia.

Belini e Hirdes (2006) colocam que a desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos passou a possibilitar a subjetivação dos indivíduos nos espaços concretos, nos quais as pessoas podem de forma livre: falar, dormir, caminhar e comer; enfim, tudo que caracteriza a vida cotidiana de cada pessoa e que não tem legitimidade no hospital psiquiátrico, onde essas funções são reguladas, controladas e podem passar a construir-se de forma singular nos espaços de vida em sociedade.

Vasconcelos (2000) enfatiza que a reinvenção da vida no processo de desinstitucionalização passa por proporcionar espaço de sociabilidade, trabalho, moradia, lazer, educação, que sejam substitutivos à redução da vida encontrada, anteriormente, nas instituições psiquiátricas convencionais.

Ao propor a reinserção das pessoas com transtornos mentais crônicos deve-se considerar, não apenas, a sociedade que os exclui, mas, também, a sua própria subjetividade, as limitações decorrentes de anos de institucionalização como a mortificação do eu, a perda da identidade, a abolição do desejo, a perda da subjetividade através da modalidade de objetivação institucional (BELINI; HIRDES, 2006).

A dicotomia entre o saber-fazer técnico e o cuidado, sinalizada na fissura entre objetivo/subjetivo, concreto/abstrato, em que o tecnicismo pode prevalecer como instrumento e finalidade do cuidado anulando outros planos; entre eles o plano da produção de subjetividades, priorizando a perspectiva sujeito-objeto, focado na doença e não no sujeito; constitui-se como dilema e conflito presentes nos espaços de cuidado em saúde mental e desafiam os protagonistas do modo psicossocial a superação deste modelo (MARTINEZ; MACHADO, 2010).

O modelo manicomial estrutura-se sobre a noção de que a experiência psíquica diversa é entendida como erro. Esse conceito de doença é a principal ideia

a ser superada, sem negar as manifestações do delírio ou da alucinação presentes no sofrimento psíquico, mas de não entender o sofrimento, como a expressão do erro e sim como objeto de existência do sujeito em sua relação com o corpo social (ROTELLI, 1990).

A cura para a doença mental perseguida pela psiquiatria, como objeto do desenvolvimento de novas tecnologias, pode tornar-se, no modo psicossocial – ação de produzir subjetividades, sociabilidades e singularizações que mudem as histórias de vida dos sujeitos e com isso a história da própria doença. Essas ações ocorrem através do estabelecimento de novas relações entre usuários e trabalhadores, transformando as relações de poder entre os sujeitos. Este modo de operar em saúde mental passa pela produção de subjetividades, as quais permitam as manifestações do devir-louco, sem aplacá-lo em suas expressões e criando, assim, fissuras na serialização psiquiátrica (TORRE; AMARANTE, 2001). Estas novas modalidades de vinculação e as demais formas de intervenção que se concretizam nos serviços, são tecnologias de cuidado em saúde mental.

Guattari (1992) afirma que as novas máquinas institucionais não deveriam se contentar com a remodelagem das subjetividades de seus usuários, mas colocarem-se disponíveis à produção de tipos diversos de subjetividades para não reproduzir de forma celular as antigas estruturas de exclusão, agora no meio urbano, em serviços de psiquiatria comunitários.

O modo psicossocial deve evitar a utilização do que Castel (1978) chamou de *aggiornamento,* ou seja, uma maquiagem; o uso de técnicas que funcionem como um cosmético, uma reforma superficial do saber-poder psiquiátrico.

O rompimento com o saber-poder psiquiátrico exige a construção de outros saberes operando no campo, porque a subjetividade do adoecimento, a complexidade e a singularidade do sofrimento humano em sua dimensão fenomenológica e experiencial, nunca foi objeto das ciências biomédicas, considerando, que a medicina separou desde seus primórdios a doença e o doente. A cisão entre teoria e práticas médicas fragmenta, também, o paciente, desconsiderando os sintomas subjetivos por não se saber como abordá-los ou ainda por responder a concepção teórica ou ideológica hegemônica (GUEDES et al., 2006).

A nova clínica constrói-se, também, a partir das experiências de organizações de usuários e movimentos de representações política e social que redefinem o lugar do sujeito da diferença na sociedade, através do protagonismo rompendo com a alienação e a tutela estabelecida para as pessoas portadoras de sofrimento psíquico, para o lugar de sujeito político, de direito, o qual pensa e decide, juntamente com a equipe, o tratamento e o serviço no qual se insere participando deste no campo político (TORRE; AMARANTE, 2001).

No cotidiano do CAPS, surge à necessidade da implementação de práticas que se coloquem de forma transversal entre os diferentes campos de saberes, as quais estejam vinculadas aos diversos contextos sociais em que os usuários se inserem, com uma clínica ampliada e de múltiplos recursos (PINTO; JORGE, 2009).

A clínica é atravessada pela complexidade e pela desestabilização como experiência de desvio e de crise; uma vez que acompanha a criação de territórios existenciais por seu caráter processual. Envolvendo aspectos individuais e coletivos que mobilizam o sujeito e seus modos de subjetivação. Esses atravessamentos são movimentos de territorialização, desterritorialização e reterritorialização[2] do desejo (DELEUZE, 1992).

Os espaços terapêuticos podem ser espaços onde os sujeitos descubram diferentes maneiras de resolução de conflitos, a partir de outras leituras de sua própria vida (PACHECO; ZIEGELMANN, 2008).

As identidades e os papéis, os quais o sujeito desempenha na vida diária e que são trabalhados na relação clínica, estão relacionados aos sentidos que representam na vida social. Por isso, a importância de considerar o contexto social, político e ambiental, no qual a pessoa se insere é vital para compreender seus conflitos e adoecimento, para provocar mudanças (POMBO-DE-BARROS; MARSDEN, 2008).

---

[2] Territorialização/desterritorialização/reterritorialização: o território aqui é relativo tanto ao espaço vivido, quanto a um sistema de apropriação de subjetivação sobre si mesmo. Ele é o conjunto de representações de toda uma série de comportamentos, investimentos, nos tempos e espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos. O território pode desterritorializar, isto é, abrir-se, engajar-se em linhas de fuga e até sair de seu curso e destruir-se. Os territórios originais se desfazem ininterruptamente, desterritorializando-se, por atravessamentos diversos tais como, os sistemas maquínicos, as estratificações materiais e mentais. A reterritorialização consiste na tentativa de recomposição de um território engajado num processo desterritorializante. O capitalismo é um exemplo de sistema permanente de reterritorialização: as classes capitalistas tentam recapturar, constantemente, os processos de desterritorialização na ordem da produção e das relações sociais. Com isso tenta controlar as pulsões processuais que trabalham a sociedade (GUATTARI, 2011, p. 388).

Trabalhar com a dimensão de alteridade no contexto dos serviços de atenção psicossocial impede a cristalização de papéis, de posições preconceituosas embasadas em verdades consideradas absolutas (BARROS, 2002).

O trabalho terapêutico dá-se no sentido de acompanhar os fluxos que ocorrem nos encontros propiciados pelo dispositivo do grupo e produzem mudanças nos territórios construídos a partir destes agenciamentos (POMBO-DE-BARROS; MARSDEN, 2008).

Naffah Neto (1994) refere que a psicoterapia significa, etimologicamente, o cuidado pela vida, capaz de desenvolver o que Nietzsche chamou de “vontade de potência” (p. 21). Segundo o autor, a vida doente é: “[...] enredada por valores que a intoxicam, obstruem, empobrecem, necessitando desenvolvimento, soltura, liberdade, para recuperar a sua potência criadora e produzir novas formas” (NAFFAH NETO, 1994, p. 23).

Entre as dificuldades impostas ao modo psicossocial de operar nos Centros de Atenção Psicossocial está à formação acadêmica dos profissionais, que com características verticalizadas e individualistas, pouco os prepara para a atuação interdisciplinar, criativa e aberta às mudanças. Surgem, então, dificuldades em estabelecer papéis e designar competências. O incentivo à competitividade e o corporativismo, resultante do modo de produção capitalista, contribui para uma prática fragmentada, além da instabilidade gerada por novos territórios de aproximação com o fenômeno da loucura (SILVEIRA; BRAGA, 2004).

O processo de saúde exige uma terra não prometida, preexistente, mas uma terra que se cria ao longo de sua tendência, de seu deslocamento, de sua própria desterritorialização e produção de terra nova. Por isso, o uso do termo desterritorialização relaciona-se à possibilidade singular de desejo próprio e reinvenção permanente, gerando linhas de fuga, dobras (onde os acontecimentos ocorrem) e potência de vida (LOPES, 1996).

A clínica no CAPS pode ser um espaço de agenciamento, mobilizando aspectos representativos na história de vida dos sujeitos e que podem constituir-se como aprisionamento, processos de adoecimento pessoal, rupturas de fluxos e conexões no plano coletivo. Quando propõe espaço para a criação de novas experiências de relação com o outro e com seu entorno, fortalecendo aspectos

singulares de pensar e posicionar-se em relação à vida e ao cotidiano, o serviço possibilita agenciamentos e superação do sofrimento.

Acredita-se ser possível a criação de espaços subjetivos, territórios existenciais[3], agenciamentos de fluxos coletivos de criatividade, afetividade, inteligência, expressividade que escapem aos agenciamentos da serialização e da máquina de produção capitalista. Os CAPS nascem de uma proposta de ruptura com a lógica estabelecida pela manicomialização do sofrimento mental, pois são estruturas que se originam da potência de uma luta e construção coletiva, que podem cumprir o mandato de permanecer produzindo agenciamentos de alternatividade e alteridade em suas configurações.

Foucault (1992) trabalha o conceito de biopoder como uma exigência do capitalismo para operar com o assujeitamento dos indivíduos. Se o poder disciplinar exercia-se sobre o corpo individual, utilizando-se do adestramento e da otimização da força individual, com o fenômeno do desenvolvimento globalizado das sociedades; este controle precisou se dar sobre as massas, sobre um ajuste das populações aos processos econômicos e aos processos de vida. A gestão da vida, incidindo não mais sobre o indivíduo, mas sobre as populações; através de políticas que se dão sobre o homem enquanto espécie (como as políticas de natalidade, de mortalidade, de longevidade, índices de saúde) é denominada de biopolítica.

Foucault (1992) afirmou que para a sociedade capitalista, o corpo é uma realidade biopolítica e a medicina é uma estratégia biopolítica. A vida e seus mecanismos passam a ser entendidos no domínio do político e coloca o saber-poder como uma estratégia de controle da vida no eixo biopolítico. Este controle sobre as formas de existência e sobre as condições do viver estende-se ao cotidiano e está em todo o lugar. Porém, a vida enquanto multiplicidade de linhas de virtualidade, também produz singularidade, quando o poder exercido sobre uma potência subjetiva, também produz resistência invertendo o fluxo biopolítico (ROMAGNOLI et al., 2009).

---

[3] Territórios existenciais: refere-se a maneiras íntimas de ser, ao corpo, ao meio ambiente ou a grandes conjuntos contextuais relativos à etnia, a nação ou aos direitos universais da humanidade. Não são territórios fechados em si, sobre si mesmo, finito, capazes de bifurcar em reinterações estratificadas, mas também são possíveis de abertura processual, a partir de práxis que permitam torná-lo habitável por um projeto humano (GUATTARI, 1990). Compõe o reposicionamento subjetivo em meio a relação de alteridade regida por uso familiares, costumes locais, leis; a subjetividade também se faz coletiva, não se tornando por isso estritamente social. Entendendo coletiva, no sentido de multiplicidade que se desenvolve para além do indivíduo (GUATTARI, 1992).

4.3 O processo de trabalho no modo de atenção psicossocial

Considerando os serviços de cuidado em saúde como um coletivo, Campos (2000) refere o dilema colocado para os profissionais de saúde que compreende a decisão de responder as demandas sociais, trabalhando de forma automática e alienada, atendendo as pressões por quantidade e produtividade ou trabalhar com a centralidade no sujeito, atendendo a perspectiva da integralidade, que comporta a clínica psicossocial. Considerando que uma clínica focada na subjetividade e no fortalecimento da pessoa de quem se cuida, exige maior disponibilidade e implicação do profissional. O processo de trabalho passa a ser objeto de estudo e de inquietação na ótica da reforma das práticas do cuidado na atenção psicossocial.

Nas relações de trabalho na era pós-moderna – nas quais as novas formas de produção estão colocadas e embasadas no domínio do processo de produção do conhecimento – a questão do saber permeia os modos de subjetivação, trazendo para a equipe que cuida o desafio da permanente busca por conhecimento e atualização dos saberes, colocando o usuário, quando marcado pela noção de incapacidade, no lugar de uma dupla exclusão.

A forma como a questão do reconhecimento dos saberes transita no interior dos serviços, implica em diferentes poderes no coletivo, visto o poder associado ao conhecimento na conjuntura atual. Quem detém o conhecimento adquire maior empoderamento e estas posturas, interferem nas relações e na organização do processo de trabalho. O relacionamento costuma pautar-se, segundo Moura (2003), pelo que cada um sabe fazer em seu trabalho: funções fixas, restritas em seu próprio âmbito, isso se coloca tanto em relação à equipe quanto ao usuário do serviço.

Segundo Campos (2000), o aumento da capacidade de transversalidade, leva a certo coeficiente de desalienação e possibilita um incremento da visibilidade dos variados processos que ocorrem no serviço de saúde mental. A transversalidade refere-se às múltiplas dimensões, as quais atravessam e produzem o novo em um indivíduo ou grupo mantendo-se aberto para alteridade. O trabalho transdisciplinar como abordagem que se utiliza de diversos componentes transversais torna-se fundamental neste contexto.

O trabalho desenvolvido no âmbito do cotidiano e no interior dos serviços reflete aspectos objetivos e subjetivos que estão incorporados ao local de cuidado, sendo construída na relação entre os sujeitos, na dinâmica diária de atividades que podem criar novas formas de subjetivação e de existência individual e coletiva.

Pinheiro (2000, 2005, 2006) coloca que o cotidiano da instituição é o lugar onde os elementos da demanda por cuidados em saúde surgem da interação entre os sujeitos e na relação com a oferta de serviços, em face de um determinado projeto político institucional. Também, é no cotidiano que a sociedade encontra a oportunidade de transformação e reconstrução – uma mudança que se inicia na vida individual e amplia-se à coletividade.

Partindo da análise da dinâmica do trabalho e das relações entre os atores no cotidiano dos serviços, parece possível refletir sobre o processo de trabalho construído para o alcance da autonomia e de novas possibilidades de vida, diferentes expressões de subjetividade, para além dos equipamentos de saúde, reconstruindo caminhos singulares para a vida em sociedade, na ótica dos propósitos da reforma psiquiátrica.

Segundo Merhy (2007a), o modo de produzir saúde é uma tarefa coletiva do conjunto dos trabalhadores de saúde, no sentido de resignificar o sujeito, promovendo a autonomia no cotidiano do modo de operar o trabalho no interior dos serviços de saúde.

O processo de trabalho em saúde apresenta características comuns a outros processos de trabalho. Assim, como em outros setores de produção, como a indústria e a economia, este se caracteriza, entre outros aspectos, por seu contexto macroeconômico e pelo processo de acumulação de capital (FRANCO; MERHY, 2007).

Especificamente, o trabalho em saúde abarca a organização dos processos de trabalho em função de seus elementos constituintes, porém de acordo com processos próprios (o tornando complexo), considerando que o processo de trabalho não se realiza sobre coisas ou objetos, mas sobre indivíduos, se dá através de uma interação relacional significativa e que se torna fundamental para a produção do cuidado em saúde (MERHY, 2007a).

Merhy e Franco (2003, 2011) colocam a micropolítica do processo de trabalho como fundamentais para entendermos o processo de produção de saúde e

indicam que as tecnologias leves, aquelas relativas ao vínculo, ao espaço das relações interpessoais, configuram-se como elementos transformadores dos modelos assistenciais, na forma de gerenciar e cuidar na saúde. A ênfase nas tecnologias duras relativas aos equipamentos tecnológicos e estrutura organizacional; e leves-duras que envolvem o conhecimento técnico-científico e os campos de saberes, compromete a capacidade de compreender a necessidade dos usuários e levam a objetivar os processos, distanciando-os da realidade vivida.

Merhy (2007a) utilizou o conceito de trabalho morto para identificar o que, no processo de trabalho, utilizamos como produtos e meios, recursos e técnicas estruturadas, as quais estão inseridas no ato do trabalho como ferramentas, matéria-prima e elementos resultantes do trabalho humano anterior. A utilização do conhecimento instituído na organização e gerenciamento do processo. Ao estabelecer o cuidado a partir do conhecimento, que cada profissional traz junto a sua experiência e ao seu modo de fazer (singular e criativo), surge o que o autor denomina trabalho vivo-em-ato. Isso é o que acontece de certa forma autônoma no fazer em ato (trabalho vivo), utilizando-se de ferramentas já constituídas (trabalho morto).

Pires (2000) afirma que o trabalho em saúde, sendo essencial à vida humana e fazendo parte do setor de serviços, é entendido como um trabalho da esfera da produção não material, a qual se completa no ato de sua realização. Não resulta em um produto material, do processo de produção e comercializável no mercado. O produto quando indissociável do processo que o produz é a própria realização da atividade.

Este espaço em que acontece o encontro entre o profissional de saúde e um usuário é onde ocorre o que podemos chamar espaço intercessor, a relação, o vínculo, o processo de intervenção, enfim os processos tecnológicos que constituem o cuidado em saúde. Esta clínica que assume a relação vincular, que entende o sujeito não como um objeto, mas como o outro na relação que se estabelece no momento do cuidado, responsabiliza-se de forma intensa e implicada no enfrentamento do sofrimento e na vivência de alteridade. Esta postura técnica e ética compromete-se com a produção de subjetividade maquínica e singularizada no ato de cuidar.

Desta forma, tendo claro que em saúde mental, o objeto de trabalho em saúde não é a cura, mas a produção do cuidado por meio do qual se crê que se poderá atingir o bem-estar, a possibilidade de estar e existir no mundo, com possibilidade de expressão, de criação, de invenção de projetos para a própria vida, para circular no mundo com cidadania de modo singular e, para enfim, subjetivar-se; os quais são de fato os objetivos a que se quer chegar.

Nesta perspectiva, o produto final do trabalho na saúde – o cuidado –, é consumido pelo usuário, no mesmo momento em que é produzido; sendo assim, não pode ser dissociado do processo que o produziu e da própria realização da atividade (MERHY, 2002). A finalidade de qualquer ação em saúde, sendo entendido então como um ato de cuidar, requer tecnologias de trabalho materiais como instrumentos, recursos teóricos ou técnicos (tecnologias duras ou leve-duras), mas, também, requer dos diversos recursos de experiências e modos singulares dos profissionais ao operar suas ações, o que pode ser visto como trabalho vivo em ato.

Os sujeitos que compõe o trabalho em saúde, os quais se apropriam do trabalho em saúde e organizam os processos de trabalho na produção do cuidado são, também, histórica e socialmente produzidos. Isto é, através do seu trabalho, produzem o mundo no qual estão inseridos e a si mesmos, em processos de subjetivação que os afetam, tornando-os, também, resultados destas vivências, somados às experiências de seu microcosmo de trabalho. Os profissionais da saúde o fazem, a partir de uma intervenção que tem por base registros da sua singularidade, seu modo próprio de estar no mundo, que os movimentam para produzir o cuidado de certa forma e não de outra (MERHY; FRANCO, 2007).

Segundo a teoria marxista trabalhada em *O Capital*, o processo de trabalho, na perspectiva do materialismo histórico, é definido como todo o processo de transformação de um objeto determinado, através da atividade humana determinada, utilizando-se de determinados instrumentos de trabalho. Os elementos do processo de trabalho são: o objeto sobre o qual se trabalha, os meios com os quais se trabalha e a atividade humana utilizada no processo. Os meios de trabalho no sentido estrito compreendem os instrumentos, as coisas utilizadas pelo trabalhador, para efetivar sua ação (matéria-prima). Os meios de trabalho, no sentido amplo, referem-se às condições materiais, as quais não participam diretamente da ação do trabalho, mas sem as quais não seriam possíveis os meios

de produção (terreno, prédio). A atividade humana compreende a força de trabalho e a energia humana empregada. Já, o produto é o resultado do processo de trabalho (HARNECKER, 1971).

O meio de trabalho é uma coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador coloca entre si mesmo e o objeto de trabalho, o qual lhe serve como condutor de sua atividade sobre esse objeto. Os meios de trabalho não são só medidores do grau de desenvolvimento da força de trabalho humano, mas, também, indicadores das condições sociais nas quais se trabalha (MARX, 1996).

As relações de produção, através das quais o processo de trabalho ocorre, são denominadas processo de produção. Marx afirma que a produção é sempre determinada historicamente. Em toda a produção social (setores agrícolas, industriais e de serviços), está presente a divisão do trabalho. A divisão técnica do trabalho é a que acontece dentro de um mesmo processo de produção. Esta encontra-se, especialmente, desenvolvida na sociedade e na indústria moderna. A divisão social do trabalho é a repartição de tarefas, as quais são cumpridas na sociedade de acordo com a estrutura social, econômicas, ideológicas e políticas (HARNECKER, 1971).

Segundo Marx (1996) uma das diferenças no processo do trabalho humano da atividade animal de transformação da natureza é que o homem pensa antes de transformá-la em uma realidade. Assim, que este pensar encontra-se relacionado, intrinsecamente, a uma realidade espacial e temporal.

Através das relações entre si, os homens, indivíduos e trabalhadores participam dos processos de trabalho. Tais relações não são apenas subjetivas, se objetivam em relações com os objetos e os instrumentos de trabalho e, quando o processo é concluído, o resultado deve incluir: o produto, reprodução das forças naturais, reprodução das relações sociais referidas aos objetos e aos instrumentos, e a reprodução dos próprios indivíduos trabalhadores (GONÇALVES, 1990). “Produtos são, por isso, não só resultados, mas ao mesmo tempo condições do processo de trabalho” (MARX, 1996, p. 300).

No capitalismo a produção de mercadorias é meio para a produção de mais-valia e acumulação de capital. O processo de trabalho em saúde e educação apresenta suas especificidades, as quais o objeto do processo de trabalho é o homem. A condição de que este seja apreendido em sua objetividade, inclui-se,

como um momento necessário, à subjetividade, a qual, aqui deve ser entendida como as relações mediadas por desejos, afetos e, em permanente, vir a ser (GONÇALVES, 1990).

Costa-Rosa (2006) ao discutir a organização do trabalho em saúde mental, coloca o modelo assistencial do modo psicossocial em oposição ao modelo tradicional; partindo da análise de seu objeto e dos meios teórico-práticos de intervenção (o que inclui as formas de divisão do trabalho interprofissional); nas formas de organização dos dispositivos institucionais; nas modalidades do relacionamento com os usuários e a população; nas implicações éticas e dos efeitos de suas práticas em termos jurídicos, teórico-técnicos e ideológicos.

A utilização de práticas como: o acolhimento, a escuta qualificada, estabelecimento de vínculos, responsabilização, promoção de autonomia, resgate de cidadania, a humanização, integralidade na atenção, a reabilitação, compartilhamento, entre outros; são maneiras de propor o cuidado no modo psicossocial, as quais se diferenciam das práticas tradicionais desenvolvidas nos hospitais psiquiátricos ou em serviços que reproduzem este modelo. Podemos identificar as práticas propostas nos CAPS como tecnologias leves e devem permear a micropolítica do trabalho, como meios para o alcance de objetivos, o qual neste campo passa a ser o cuidado, a promoção de singularidade e subjetividade.

Os serviços de saúde mental pretendem e trabalham para caracterizarem-se como lugares de acolhimento da diferença e de circulação de fluxos que escaparam da totalização, da serialização do homem e da vida comum, podem oferecer espaços para a emergência de potências de vida, isto é, para ocupar de forma própria seu tempo, de reinventar a corporeidade, de criar laços, de solidariedade e de produzir singularidade.

Os processos de desinstitucionalização inscrevem-se em modos de pensar e trabalhar pelo questionamento do que está instituído, potencializando a crítica para produzir novas estratégias de proposição das práticas exercidas pelos profissionais e novos cenários para os sujeitos em sofrimento, exigindo experimentações de um novo modo de cuidar, de afetar e ser afetado, de encontro para a diferença e requerendo diversos saberes. Não é mais possível separar a clínica da política e a saúde dos contextos, micro e macro políticos, as quais a produzem (ROMAGNOLI et al., 2009).

Assim, uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes, num processo dialético de complementação, mas, também, de disputa vai compondo o que entendemos como cuidado em saúde (CECÍLIO; MERHY, 2007).

Cecílio (2008) coloca a micropolítica nas instituições de saúde como o conjunto de relações que se estabelecem entre si e os vários atores, formando uma rede complexa, móvel, em transformação, mas com estabilidade suficiente para construir uma determinada realidade, relativamente estável no tempo, podendo assim ser objeto de estudo e intervenção.

Para a realização deste estudo, os referenciais anteriormente relacionados, permeiam a leitura da realidade estudada e subsidiam as discussões propostas; entendendo que ao olharmos os serviços de saúde mental – construídos na perspectiva da atenção psicossocial, na contraposição ao modelo manicomial, tendo como foco a potencialidade deste para a produção de subjetividade dos sujeitos envolvidos no processo – precisamos compreender as dinâmicas e os processos de trabalho implicado para a concretização desta proposta.

5 Metodologia

5.1 Caracterização do estudo

A presente pesquisa consiste em um subprojeto da pesquisa de avaliação de CAPS da região sul do Brasil – CAPSUL II. O trabalho de campo realizou-se em 2011, caracterizando-se como uma pesquisa de reavaliação, considerando que a primeira edição da pesquisa – CAPSUL realizou-se em 2006, nos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná, com objetivos de ampliar os eixos da avaliação, através de um estudo qualitativo e quantitativo.

A pesquisa CAPSUL II investigou aspectos de estrutura, processo de trabalho e resultados dos CAPS, ouvindo usuários, familiares, trabalhadores e coordenadores dos serviços nos três estados, por meio de um estudo o qual se desdobrou em abordagens qualitativa e quantitativa (CAPSUL, 2011).

O trabalho com as abordagens metodológicas quantitativas e qualitativas possibilitam conhecer diferentes dimensões do objeto de avaliação, em um estudo multifacetado que resulta em uma pluralidade de dados, os quais podem informar os serviços e outros estudos sobre a temática em questão (KANTORSKI, 2006).

Nesta pesquisa de avaliação qualitativa, propôs-se a realização de três estudos de caso. A avaliação dos CAPS dos municípios de Alegrete-RS, Foz do Iguaçu-PR e Joinvile-SC definiu-se a partir dos seguintes critérios de inclusão: tempo de funcionamento do serviço e experiência, que permitisse aos grupos de interesse condições para realizar um processo avaliativo nos moldes propostos; disponibilidade dos grupos de interesse em aderir à proposta de avaliação construtivista responsiva, hermenêutica-dialética e adequação a normatização definida na Portaria nº 336/2002.

A presente pesquisa se ocupa do estudo de caso do município de Alegrete/RS, com uma abordagem qualitativa descritiva e analítica, tipo estudo de caso.

5.2 Caminho teórico-metodológico

A proposta de realizar um estudo qualitativo de serviço permite ao pesquisador apreender a sua dinâmica, a forma como os atores interagem e os sentidos que são construídos pelos mesmos em relação à sua prática, considerando a subjetividade e o simbólico como integrantes da realidade social (MINAYO, 2010).

As pesquisas qualitativas não possuem um padrão metodológico único, pois trabalham com uma perspectiva da realidade que pode ser flexível e contraditória, na qual os processos de estudo são dependentes da concepção de mundo e dos objetivos do pesquisador (MINAYO, 2007).

As metodologias de pesquisa qualitativas caracterizam-se como aquelas as quais incorporam questões de significado e da intenção como inerentes aos comportamentos, às relações e às estruturas sociais (MINAYO, 2010).

Também, na pesquisa qualitativa é importante a objetivação, um processo de investigação que compreenda uma revisão crítica do conhecimento acumulado sobre o assunto, o uso de técnicas adequadas de apreensão das informações, o estabelecimento de conceitos, categorias e a análise contextualizada dos dados encontrados (MINAYO, 2010).

Esta pesquisa utilizará uma metodologia hermenêutica dialética, responsiva e construtivista. Assim, Guba & Lincoln (1989) propõem uma avaliação responsiva, que determina parâmetros e limites através de um processo interativo de negociação, o qual envolve grupos de interesse e, por isso, também, é chamado de emergente. Tendo como base um referencial construtivista, o qual se refere à metodologia utilizada para realizar a pesquisa e que tem as suas raízes em um paradigma alternativo ao paradigma científico e, também, conhecido por outros nomes como interpretativo e hermenêutico. Um modo responsivo de focar e um modo construtivista de fazer.

A pesquisa não é responsiva apenas porque aborda diferentes grupos de interesse, mas porque, à medida que responde às questões coloca novas informações a serem exploradas, sendo que diferentes atores elaboram diferentes construções a respeito de reivindicações, preocupações e questões particulares. A tarefa do pesquisador consiste em conduzir o estudo de forma que cada grupo apresente as suas construções aos demais, em um processo chamado hermenêutico-dialético. Neste processo, os grupos conhecem as construções dos outros e suas próprias construções podem se alterar ao receberem diferentes informações. Idealmente, a pesquisa responsiva busca o consenso, para melhor articulação dos grupos, mas quando isso não é possível, oportuniza um espaço de negociação e crescimento entre as partes.

Representantes dos grupos de interesse compartilham com o pesquisador um esforço conjunto para resolver, através das negociações, aspectos discordantes. As resoluções que emergem desta negociação são, desta forma, alcançadas de forma solidária. Esta interação e reiteração são típicas de uma metodologia responsiva; as pesquisas nunca estão completas, mas são suspensas por razões logísticas, tais como o tempo e/ou recursos disponíveis (GUBA; LINCOLN, 1989). O seguinte modelo esquemático é proposto pelos autores:

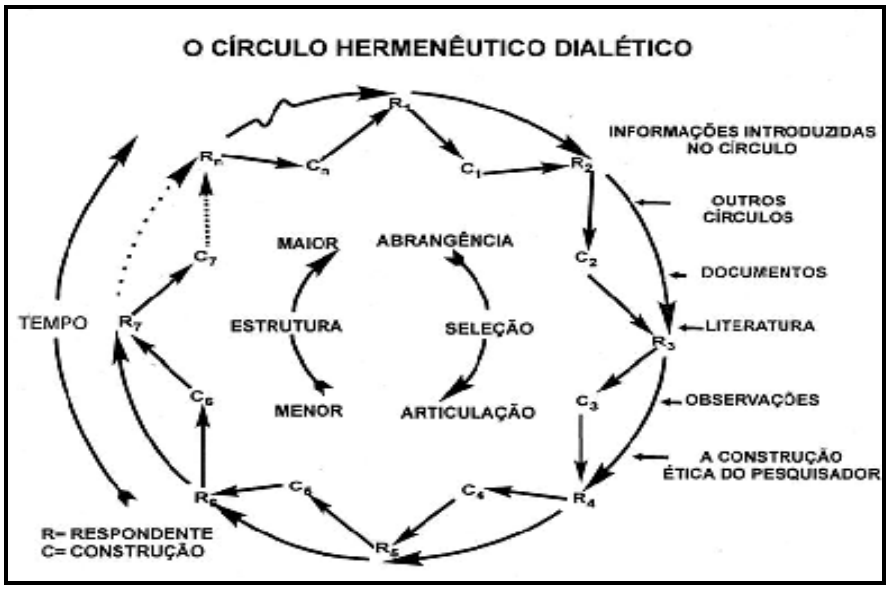

Figura 1 - Círculo Hermenêutico-Dialético
Fonte: Traduzido por Wetzel (2005) a partir de Guba; Lincoln (1989).

O primeiro passo do círculo inicia com a entrevista com um respondente inicial (R1) que é selecionado pelo pesquisador em função de sua posição estratégica em relação ao objeto da avaliação. Questões iniciais são colocadas e a entrevista é aberta para determinar uma construção inicial em relação ao que está sendo investigado. Pede-se que o respondente descreva o foco como ele ou ela o constrói, que o comente em termos pessoais (WETZEL, 2005).

Ao final da entrevista pode ser solicitado ao respondente que indique outro respondente (R2) o qual o identifica como tendo construções diferentes das suas. Os temas centrais, conceitos, ideias, valores, problemas e questões propostas por R1 são analisadas pelo pesquisador em uma formulação inicial da sua construção, designada C1 (WETZEL, 2005, p.83).

Deste modo, a análise dos dados segue de perto a coleta de dados. Caso as questões sejam de grande importância e, politicamente, sensíveis, será útil checar a análise completa com R1. Após, R2 é entrevistado. Quando R2 coloca todas as questões próprias, os temas da análise de R1 são introduzidos, e R2 é convidado a comentá-los. Como resultado, a entrevista com R2 produz informações não apenas sobre R2, mas, também, críticas às demandas e construções de R1. O pesquisador solicita a indicação de R3 e completa a segunda análise (C2), com construções mais bem informadas e sofisticadas baseadas em duas fontes.

O processo é repetido através da adição de novos informantes até que a informação recebida torne-se redundante ou quando duas ou mais construções permanecerem em conflito de alguma forma (tipicamente porque os valores que apoiam as diferentes construções estão em conflito). As informações disponíveis aos participantes do círculo não precisam ser limitadas àquelas que eles e o pesquisador trazem. É possível introduzir outras demandas, as quais a oportunidade e a necessidade originam tais como construções que emergem de outros grupos de interesse, dados de observação, documentos, literatura relevante e a construção ética do pesquisador (WETZEL, 2005; KANTORSKI, 2006).

Metodologicamente, e pelos princípios ontológicos e epistemológicos, o paradigma construtivista rejeita a abordagem científica que caracteriza a ciência hegemônica e a substitui por um processo hermenêutico-dialético, priorizando a interação observador/observado para criar uma realidade construída, mais

informada e sofisticada possível em um ponto particular no tempo (GUBA; LINCOLN, 1989).

Esse trabalho tem como proposta analisar a produção de subjetividade singularizada, no processo de trabalho e nas práticas desenvolvidas nos Centros de Atenção Psicossocial, sendo este uma modalidade de atenção com o foco na pessoa, na reapropriação dos territórios existenciais e no reposicionamento subjetivo; em consonância com as propostas da Reforma Psiquiátrica, que evidencia o foco na pessoa.

A mudança de paradigma preconizada na assistência em saúde mental pressupõe a invenção de formas de pensar e fazer, que estando em construção, não estão dadas e sofrem grande influência do contexto, não sendo passíveis de generalização, exige uma abordagem interdisciplinar e a inclusão de diferentes atores os quais respondam a complexidade do “novo” objeto construído e das práticas a ele direcionadas (CAPSUL II, 2011).

Um processo de pesquisa nesse sentido deve buscar conhecer o contexto do serviço, os problemas e interesses dos grupos envolvidos, para que os resultados possam servir para o direcionamento da prática. Portanto, nesse estudo, o envolvimento dos grupos de interesse é fundamental para buscar questões mais pertinentes dentro do contexto do serviço e que tenham significado para eles; assim como potencializar a possibilidade de que o processo aumente e aprimore a capacidade de ação desses grupos (CAPSUL II, 2011).

O trabalho de campo, na pesquisa qualitativa, o recorte espacial, relaciona-se ao recorte teórico do que temos como objeto de investigação, os conceitos, os documentos e mesmo os sujeitos e atores que, também, são construídos teoricamente, enquanto componentes do objeto de estudo. No campo, eles fazem parte de uma relação intersubjetiva, de interação com o pesquisador, que resulta em um produto compreensivo, o qual não é apenas da realidade concreta, é mais uma descoberta construída da interação e inter-relações ali existentes, entre os pares (MINAYO 2010). O campo não é uma realidade transparente e tanto o pesquisador como seus interlocutores e observados interagem dinamicamente no conhecimento da realidade.

O estudo de caso propõe a análise profunda das unidades a serem estudadas, as quais podem ser indivíduos, instituição, grupos, ambientes ou outros.

Neste tipo de pesquisa qualitativa, as hipóteses ou os esquemas de inquisição, são *a priori* estabelecidos em parte; a complexidade das questões e situações passam a se aprofundar à medida que o pesquisador se intera da realidade estudada (TRIVIÑOS, 2009).

No estudo de caso maneja-se com o material disponível, tais como documentos, arquivos, publicações, entrevistas, observação e outros instrumentos que possibilitem a compreensão dos elementos que compõe ou relaciona-se ao objeto da pesquisa (MINAYO, 2010).

O estudo de caso pode ser utilizado quando se trata de uma pesquisa empírica abrangente, com procedimentos pré-definidos, o qual investiga um ou múltiplos fenômenos no contexto da vida real, especialmente, quando os limites entre os fenômenos e seu contexto não estão claramente definidos. Uma característica importante é a ênfase em compreender o que está acontecendo a partir da perspectiva do participante ou dos participantes do estudo (YIN, 2005).

O método do estudo de caso se dá em três fases distintas: 1) escolha do referencial teórico, a seleção dos casos e o desenvolvimento de um protocolo para a coleta de dados; 2) condução do estudo de caso, com a coleta e análise de dados culminando com o relatório do caso; 3) análise dos dados de acordo com a teoria selecionada, interpretando os resultados. O protocolo é o instrumento que dá confiabilidade ao estudo de caso (YIN, 2005).

Para conhecer e analisar aspectos da produção da subjetividade nos serviços de CAPS, como previstos pela reforma psiquiátrica no modelo assistencial do modo psicossocial, utilizou-se da pesquisa qualitativa tipo estudo de caso de um serviço, no município de Alegrete, significativo por sua história e representatividade no contexto dos serviços implantados no estado do Rio Grande do Sul.

5.3 Local do estudo

A avaliação qualitativa encontra-se inserida em uma proposta avaliativa mais ampla dos CAPS da região sul – Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná. O estudo qualitativo abrangerá um CAPS de cada estado, ou seja, três serviços serão avaliados qualitativamente.

Como critérios de inclusão utilizou-se: o tempo de funcionamento do serviço e experiência; a possibilidade do estudo nos moldes propostos; disponibilidade dos grupos de interesse em aderir à proposta e adequação a normatização definida na Portaria nº 336/2002.

O presente estudo como subprojeto de pesquisa utilizou o campo de Alegrete/RS, por ser o serviço mais antigo entre os três selecionados, pelo município ter construído uma história significativa de avanços em relação a constituição de uma rede consistente de atenção em saúde mental (CAPS II, CAPS I, CAPS AD, SRT, rodas de saber, leitos em hospitais gerais, referência regional, entre outras atividades inovadoras); assim como pelos movimentos em relação a garantia dos pressupostos da reforma psiquiátrica em sua experiência de atenção psicossocial.

5.3.1 Características do município

O município de Alegrete teve sua origem a partir das missões jesuíticas espanholas. No ano de 1801, Borges do Canto e Santo Pedroso, cidadãos rio-grandenses, conquistaram a região para a coroa portuguesa e passou a pertencer à missão de Yapeju, ao norte do rio Ibicuí.

As contínuas lutas de fronteira, agora entre o Reino de Portugal e os dissidentes ao recém constituído governo das Províncias Unidas do Rio da Prata, provocam a transferência da povoação para a margem esquerda do Rio Ibirapuitã, em 1817, onde erguerá novo povoado e capela com a denominação de Nossa Senhora da Conceição Aparecida de Alegrete.

Por sua localização geográfica estratégica, local onde escoavam os produtos primários em direção aos portos de Buenos Aires e Montevidéu, o lugarejo prosperou e elevou-se a categoria de vila em 1831, demarcando assim seus limites e ganhando autonomia política. Com a Revolução Farroupilha em 1835, Alegrete tornou-se, no período de 1842 a 1845, a 3ª Capital da República Rio-grandense. Entre batalhas e campanhas, por bravura, determinação e desenvolvimento a Vila de Alegrete foi elevada a categoria de cidade em 22 de janeiro de 1857, segundo dados da Prefeitura de Alegrete (2011).

O município localiza-se na região oeste do estado, seu território abrange 7.804 Km² e a população estimada é de 77.673 habitantes. A rede de saúde conta com 39 estabelecimentos, sendo 27 da rede pública. A rede de ensino possui 122 estabelecimentos (IBGE, 2009) e o produto interno bruto per capita é de 12.852,00 (FEE - 2010).

As internações em psiquiatria, em hospital geral no município, em 2006 foi 233 pessoas, sendo 3,8% das internações incluindo as demais áreas da saúde (CAPSUL, 2006).

5.3.2 A rede de saúde mental de Alegrete

O movimento antimanicomial no Rio Grande do Sul tornou-se significativo a partir da década de 80, tendo sua lei de reforma psiquiátrica de âmbito estadual entre as primeiras a serem aprovadas no país. Em 1992, após a aprovação da lei estadual da reforma psiquiátrica do Rio Grande do sul, organizou-se a primeira Conferência Municipal de Saúde Mental em Alegrete. Em 1996, foi aprovada a Legislação Municipal de reforma Psiquiátrica - Lei 2662/1996 (KANTORSKI et al., 2010).

Neste período os trabalhadores de saúde mental participaram e engajaram-se em cursos e intercâmbios promovidos pelo Fórum Gaúcho de Saúde Mental, organização oriunda do movimento de trabalhadores de diversos municípios gaúchos, catarinenses, paranaenses, do Uruguai e Argentina, os quais se articularam para capacitar, promover alianças e parcerias para a construção de avanços na área de atenção psiquiátrica comunitária. Os serviços neste período eram mantidos pela iniciativa municipal, com poucos recursos financeiros. Em Alegrete, no ano de 1996 consolida-se o serviço de Atenção integral a saúde mental e a cooperativa Qorpo Santo, com a proposta de geração de renda para os usuários envolvidos no trabalho (ANTONACCI, 2011).

A relevância da rede de saúde mental de Alegrete, construída a partir da luta dos trabalhadores, usuários e familiares, destes serviços, amplia-se de forma significativa após a promulgação da lei nacional da reforma psiquiátrica e das portarias que a regulamentaram. Com os recursos financeiros destinados então à

Política Nacional de Saúde Mental, a rede estruturou-se com a criação dos centros de atenção psicossocial, especializados em atenção a infância e à dependência química, além de seu serviço de CAPS II, chamado até então de Serviço de Atenção Integral a Saúde Mental - SAIS Mental (ANTONACCI, 2011).

A rede de saúde mental do município de Alegrete atualmente é composta pelo Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS I), Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), Serviço Ambulatorial no terceiro turno no CAPS AD (independente do CAPS AD), Serviço Residencial Terapêutico (SRT), seis Moradias Assistidas (MA) e dez leitos psiquiátricos em Hospital Geral. Possui uma coordenação geral da rede de saúde mental e em cada unidade existe um coordenador específico, inclusive no serviço ambulatorial terceiro turno. A rede conta com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) que é chamado em caso de urgência e os usuários são acompanhados até o atendimento médico pelos profissionais deste serviço.

5.4 Instrumentos de coleta de dados

As técnicas utilizadas na coleta de dados empíricos incluíram entrevista semiestruturada e observação. Faremos uma breve exposição de cada uma delas na pesquisa qualitativa e de como foram utilizadas nesse estudo.

5.4.1 Observação

A observação participante pode ser considerada parte fundamental do trabalho de campo na pesquisa qualitativa, pois é uma forma complementar de compreensão da realidade empírica, sendo consenso entre os pesquisadores de que é necessário relativizar o espaço social do pesquisador, aprendendo a colocar-se no lugar do outro. Estar próximo dos interlocutores é uma virtude no trabalho qualitativo (MINAYO, 2010).

A observação possibilita um contato pessoal e estreito do pesquisador com o fenômeno estudado, sendo o melhor teste de verificação da ocorrência de um determinado fenômeno, o qual permite a aproximação da perspectiva dos sujeitos,

possibilita descobrir novos aspectos de um problema e, finalmente, permite a coleta de dados em situações em que são impossíveis outras formas de comunicação (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

A pesquisa qualitativa fornece descrições detalhadas das atividades, dos processos e atividades dos participantes do local, sendo a observação direta um recurso essencial. Os registros da observação devem ser completos, permitindo que o leitor se insira na situação observada (PATTON, 1987).

Entre as vantagens do uso da observação na pesquisa qualitativa estão: a possibilidade de observar diretamente o programa para compreender o contexto de ocorrência das atividades; a experiência leva o avaliador a ser indutivo; tem menor necessidade de utilizar conceitualizações, *a priori* sobre o *setting*; o observador tem a oportunidade de ver o que pode ser ignorado pelos participantes; fornece informações que não são conseguidas através das entrevistas; acrescentando às percepções dos entrevistados as suas próprias; e, permite que o pesquisador use seu conhecimento e experiência para a compreensão e interpretação das questões observadas e não perder o foco do que necessita observar para responder suas questões (PATTON, 1987).

A observação pode tomar diferentes formas conforme os estágios da pesquisa. Na fase inicial a observação pode ser pouco estruturada, de forma a permitir que o observador aumente o seu conhecimento do que é importante ou saliente. Posteriormente, o observador pode melhorar o foco, à medida que as informações aumentam (LINCOLN; GUBA, 1985).

A observação inclui o levantamento dos registros e documentos; e o avaliador deve negociar o acesso a eles. Os documentos servem a um duplo propósito: colocam-se como um recurso básico de informação sobre o serviço e processos, podendo ajudar na formulação de questões importantes para direcionarem as observações e entrevistas (PATTON, 1987).

Patton (1987) coloca que os registros de campo são, sobretudo, descritivos com informações básicas de onde a observação ocorreu, de quem estava presente, como era o local, que interações sociais ocorreram, quais atividades foram realizadas, e outras informações descritivas que permitirão ao observador retornar mentalmente ao local através das notas de campo. As notas devem se limitar ao que as pessoas falaram; citações diretas ou o mais próximas disso devem ser incluídas.

Devem conter, também, os sentimentos do pesquisador, suas reações à experiência, reflexões sobre o sentido e significado do que ocorreu e podem incluir as interpretações e análises iniciais do pesquisador sobre o que acontece no serviço.

Neste estudo, as etapas da observação não seguiram um roteiro rígido, oportunizando a familiarização com a rotina e dinâmica do serviço, o conhecimento da equipe e usuários; a incorporação de nossa presença e o conhecimento da proposta do estudo. O número de horas de observação foi definido de acordo com as exigências do campo para que ocorresse de fato a incorporação dos três pesquisadores no mesmo (CAPSUL II, 2011).

Na medida em que o processo de pesquisa foi desenvolvido, as observações foram mais focalizadas em eventos, que pudessem dar subsídios para a discussão das questões e unidades temáticas que deles emergissem, buscando um aprofundamento nas mesmas e informações relevantes para a sua discussão e análise (CAPSUL II, 2011).

A observação-participante foi realizada por três observadores e totalizou 253 horas, distribuídas em duas semanas de permanência no trabalho de campo. As observações realizaram-se a partir de um roteiro previamente estabelecido (Anexo A) e contemplou estrutura física, funcionamento, dinâmica, relações do serviço, a organização do processo de trabalho, o planejamento das ações, a oferta, o acompanhamento dos atendimentos individuais e grupais, a urgência, a emergência, reuniões técnicas, reuniões de coordenação dos serviços da rede, assembleias, reuniões da associação de usuários, registros, encaminhamentos, prontuários, recepção, oficinas, visitas domiciliares, visita ao hospital geral, locomoção de usuários, participação em eventos na comunidade, eventos comemorativos, toda e qualquer atividade que transcorreu no serviço durante o período da pesquisa.

Esta observação foi realizada por três pesquisadores, uma professora com experiência prévia em pesquisa qualitativa e dois mestrandos incluindo a pesquisadora, os quais foram submetidos a oficinas de capacitação para a pesquisa qualitativa.

Os três pesquisadores reuniram-se todos os dias após as atividades, para planejamento, escuta das entrevistas, relato do diário de campo, organização de horários para as próximas observações, para que todas as ações fossem

acompanhadas e contemplassem a maior parte de situações e atividades possíveis no tempo previsto de duas semanas.

A solicitação para acompanhamento das atividades e atendimentos individuais e grupais foi realizada anteriormente, e se retomou aos objetivos da pesquisa nestas ocasiões deixando clara a possibilidade de recusa por qualquer participante.

As anotações foram transcritas no diário de campo ao final do dia ou em intervalos no serviço. Estas consistem na descrição detalhada de todas as manifestações apreendidas pelo observador, tais como gestos, expressões verbais e não verbais, atitudes, condutas etc; atividades, ações, comunicações, reflexões que surgiram ao pesquisador durante a observação das situações no campo. Estas, conforme Triviños (2009) são fundamentais para a compreensão da totalidade do fenômeno, sua dinâmica e relações no contexto da pesquisa, considerando que toda a expressão está relacionada a um contexto simbólico construído por fatores socioculturais próprios.

A organização sistemática dos dados observados foi compilada em um relatório de diário de campo, incluindo os registros dos três pesquisadores.

5.4.2 Entrevista

A entrevista, no sentido restrito de coleta de informações sobre um tema cientifico, é uma estratégia muito utilizada no processo de trabalho de campo. É uma conversa a dois ou entre vários participantes, por iniciativa do entrevistador, o qual permite construir informações acerca de um objeto de pesquisa. São consideradas conversas com finalidade e podem tomar várias formas, entre as quais a entrevista semiestruturada, a qual combina perguntas fechadas e abertas, nas quais o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema sem se prender às indagações iniciais (MINAYO, 2010).

Uma das maiores vantagens da entrevista é possibilitar ao respondente pensar o tempo passado e interpretar o presente. Trazendo para o momento atual, dados subjetivos e objetivos, em geral, as entrevistas podem ser categorizadas pelo

seu grau de estrutura, de informação e pela qualidade do relacionamento entre o entrevistador e entrevistado (LINCOLN; GUBA, 1985).

A estrutura da entrevista pode ser categorizada como estruturada, semiestruturada e não estruturada. A primeira trabalha com o que o entrevistador “sabe o que quer saber” e formula questões apropriadas para o objetivo. A terceira é quando o entrevistador “não sabe o que não sabe” e as questões e as respostas são trazidas pelo entrevistado; já, a segunda, combina o que o entrevistador sabe que quer saber com as informações acrescentadas pelo entrevistado (LINCOLN; GUBA, 1985).

Neste estudo, através da utilização do círculo hermenêutico-dialético, as primeiras entrevistas foram menos estruturadas, permitindo ao respondente falar livremente sobre o serviço. À medida que, as entrevistas foram sendo realizadas, suas análises permitiram identificar questões, as quais foram colocadas nas entrevistas seguintes, de forma cada vez mais estruturada, não deixando, porém, de permitir que todos os entrevistados colocassem novas questões. Dessa forma, se utilizou as entrevistas articulando as duas formas apresentadas, estruturadas e semiestruturadas (CAPSUL II, 2011).

Consideramos ainda, que no interesse deste estudo em particular, questões foram acrescidas fora do círculo hermenêutico e foram apresentadas imediatamente após o término deste, para todos os entrevistados.

A ética requer que as entrevistas sejam informadas e, no presente estudo, foi utilizado o consentimento livre e informado; foram fornecidas informações sobre o estudo no decorrer da sua realização sempre que o grupo ou o próprio pesquisador julgaram necessários e a participação foi voluntária.

A seleção dos entrevistados ocorreu a partir da definição dos grupos de interesse incluídos no estudo: de trabalhadores e usuários. Toda a equipe de trabalho poderia ser convidada para a entrevista. Os usuários foram selecionados segundo alguns critérios de inclusão: àqueles que estivessem frequentando o serviço a mais de seis meses, com boa aderência nas modalidades semi-intensivas ou intensivas e que tinham condições de comunicação. Considerando que este estudo, incluído em um projeto maior CAPSUL II, propõe uma reavaliação de serviço, optou-se pela retomada a partir dos entrevistados no estudo anterior

CAPSUL e estes passaram a indicar os respondentes no círculo, incluindo novos usuários e trabalhadores.

O número de usuários entrevistados, partindo dos já entrevistados no estudo anterior, seria de 11 usuários, número que se manteve no estudo atual, mesmo tendo-se permitido que estes incluíssem novos respondentes caso julgassem importante. Pensamos que talvez fosse mais útil retomar a entrevista com os primeiros respondentes da pesquisa anterior CAPSUL, procurando abordar questões que não surgiram na primeira entrevista, do que incluir novos respondentes. O mesmo foi proposto em relação aos trabalhadores, que no primeiro estudo, somaram 26 e no estudo atual reduziu-se para 21 profissionais. Todas as entrevistas foram gravadas permitindo uma maior fidedignidade na sua reprodução para posterior transcrição e análise (CAPSUL II).

5.4.3 Aplicação das entrevistas

Esse passo envolveu a aplicação do círculo hermenêutico-dialético, já descrito anteriormente. A primeira entrevista foi iniciada com questões abertas, na qual foi solicitado aos entrevistados que falassem sobre o serviço pesquisado, para tanto apresentamos as questões norteadoras da entrevista (Anexo B). Neste estudo incluiu-se questões, as quais foram formuladas pelos pesquisadores, no interesse do estudo e que foram feitas fora do círculo hermenêutico (Anexo B).

Depois de algumas entrevistas, determinadas questões emergiram, sendo de especial importância e relevância. Nesse ponto, as entrevistas foram direcionadas para essas questões, em busca de informações mais detalhadas e específicas. Cada entrevista seguiu, imediatamente, pela análise dos dados, tornando o material das entrevistas prévias disponível para as seguintes, os quais, além de falar sobre as suas próprias construções, o entrevistado foi convidado a criticar as construções das entrevistas anteriores (CAPSUL II, 2011).

Guba e Lincoln (1989) mencionam três pontos que devem ser levados em conta antes de deixar o primeiro círculo ou quando este deve ser interrompido. Diversos critérios devem ser considerados. Um critério é o da redundância (quando sucessivos respondentes não acrescentam novas informações), outro critério é o do

consenso (quando o consenso é alcançado em uma construção conjunta), outro ainda, é o critério de diferenças irreconciliáveis (quando parece que os membros do círculo chegam a diferentes conclusões e não conseguem superá-las). Neste caso pode haver aglutinação em torno de diversas construções, cada uma com o seu próprio grupo de adeptos, ao invés de uma construção consensual.

5.5 Sujeitos do estudo

Os sujeitos deste estudo compreendem o conjunto de trabalhadores do CAPS de Alegrete/RS em sua totalidade e os usuários do CAPS em seu conjunto para fins da observação participante. As entrevistas foram realizadas com 21 trabalhadores e 11 usuários que fizeram parte do grupo de interesse no estudo CAPSUL realizado em 2006, os quais foram indicados por seus pares no processo de pesquisa. Tendo sido considerado a possibilidade de, no decorrer da pesquisa, inserir ou excluir novos participantes.

A equipe de trabalhadores entrevistada partiu dos profissionais indicados do estudo anterior, com a possibilidade de acréscimos dos profissionais que fossem indicados na pesquisa atual. No total, o número de profissionais entrevistados, no estudo manteve os 21 trabalhadores. Os usuários foram selecionados segundo alguns critérios de inclusão: que estivessem frequentando o serviço a mais de seis meses e em condições de comunicação. O número de usuários entrevistados partiu, a princípio, de 11 usuários, mantendo os já entrevistados no projeto de pesquisa CAPSUL, porém não estava fechada a possibilidade de novas inclusões, a partir de indicações na aplicação do círculo hermenêutico-dialético.

Todos os participantes quando introduzidos no estudo foram informados sobre a proposta e consentiram em participar através do consentimento livre e informado (Anexo C), assegurando-lhes o anonimato e o livre acesso aos resultados obtidos, sendo preservado o direito de desistir do processo em qualquer momento. Para evitar a exposição dos sujeitos do estudo, serão utilizadas formas codificadas de identificação, garantindo o sigilo a todos os incluídos.

Na análise das entrevistas as falas de usuários e trabalhadores, serão identificadas com as letras U e T respectivamente, e o número correspondente a

ordem em que foram entrevistados, exemplificando [U1] e [T1]. O material oriundo dos Diários de campo é identificado pelas letras DC, seguido o número correspondente a ordem de transcrição dos mesmos e a data da observação, tal como o exemplo a seguir [DC1- 05/07/11].

5.6 Trabalho de campo

Detalharemos a seguir as etapas do trabalho de campo.

5 .6.1 Contato com o campo

Nessa fase foi realizado um primeiro contato com a equipe da instituição para a proposição do estudo, tendo, também, a equipe além dos usuários como sujeitos da pesquisa. Encaminhamos a proposta (Anexo D), juntamente com o formulário do Conselho Nacional de Pesquisa, para o Coordenador de Saúde Mental do município para que este autorizasse a execução do projeto. Após aprovação pelo comitê de ética da Faculdade de enfermagem, com o nº 176/2001 (Anexo E), foi marcada uma apresentação mais formal do projeto para que o grupo o conhecesse e consentisse em participar. Este processo envolveu a proposta da pesquisa CAPSUL II, sendo que este subprojeto já estava previsto no período da preparação da pesquisa de avaliação.

Guba e Lincoln (1989) ressaltam que, como o foco da avaliação são as questões dos diferentes grupos de interesse, nessa fase o sujeito deve ser informado de que o avaliador tem a intenção de envolver outros grupos e outras perspectivas de compreensão do objeto de estudo. A própria redefinição do objeto da avaliação ocorre nessa fase (CAPSUL II, 2011).

A entrada no campo transcorreu conforme o esperado pelos pesquisadores, com uma recepção acolhedora e interessada em participar da proposta apresentada, fornecendo as informações solicitadas, liberando documentos e espaços para a observação, contribuindo para o desenvolvimento do estudo.

5.6.2 Organização da pesquisa em campo

Nessa fase, a principal tarefa foi “ganhar o direito de entrada”, envolvendo, principalmente, a construção da confiança. Em uma pesquisa na qual se espera que os interessados falem de seus problemas, é necessário que o pesquisador seja conhecido pelos mesmos, interaja com eles, os conheça e permita que o conheçam. Nesta fase é importante que o pesquisador viva e experiencie o contexto do serviço sem ainda estar engajado nas atividades da pesquisa, o que Guba e Lincoln (1989) denominam de etnografia prévia (*prior ethnography)*: conversando com as pessoas e identificando os líderes informais. Para isso, utilizamos a observação (CAPSUL II, 2011).

A organização do trabalho de pesquisa foi aceito pelos integrantes do CAPS, que se disponibilizaram conforme as proposições dos pesquisadores. Desta maneira, foi possível cumprir o cronograma e realizar a observação de forma participante, assim como as entrevistas com usuários e técnicos.

5.6.3 Identificando os grupos de interesse

Os grupos de interesse para a pesquisa CAPSUL II, além de trabalhadores e usuários, incluíam os familiares. Este último grupo não teve seus dados analisados pelo subprojeto em questão. Este critério determinou-se em função dos objetivos do projeto de estudo, o qual implica em análise de processo de trabalho e desenvolvimento de práticas potentes para a produção de subjetividade no contexto do CAPS, onde mesmo havendo a participação dos familiares, esta não ocorre de forma intensiva no cotidiano do serviço.

5.7 Análise temática

A noção do tema está relacionada a uma afirmação sobre determinado assunto e pode ser representada através de uma palavra, de uma frase ou resumo. O tema é a unidade de significação que realçado de um texto passa a ser analisado segundo critérios teóricos que norteiam à leitura (MINAYO, 2010).

A análise temática procura desvendar os núcleos de sentido, os quais compõe uma comunicação, que quando presente é significante para o objeto analítico visado. Esta análise está composta por uma primeira etapa, chamada pré-análise, quando se elege os documentos a serem analisados, são retomadas as hipóteses e os objetivos iniciais da pesquisa. Nesta fase, determinam-se as unidades de registro (palavra-chave ou frase), as unidades de contexto (delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes (organizados a partir dos temas), a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais (partindo dos pressupostos), que orientarão a análise; a segunda etapa de exploração do material, a qual consiste em alcançar o núcleo de compreensão do texto, estabelecendo as categorias, que reduzirão o texto a palavras ou expressões significativas, estas devem implicar em uma possibilidade de abordagem densa e rica; na terceira etapa, de tratamento dos resultados obtidos e interpretação, o pesquisador faz inferências e interpretações, seguindo o referencial teórico (MINAYO, 2010).

A análise utilizada neste estudo está delineada, a partir do referencial teórico e descrita de forma preliminar no quadro a seguir:

Temas	Unidades Temáticas
Produção de subjetividade	Processos de singularização Produção de sentido Produção de desejo
Micropolítica	Concepção do objeto e meios de trabalho Formas de organização institucional Relacionamento com a clientela Concepções dos efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos

Quadro 1 - Roteiro para análise dos dados

5.8 Princípios éticos

A pesquisa da qual este estudo é um subprojeto foi aprovado pelo comitê de ética da faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas sob o parecer de nº 017/11 (ANEXO E). A Pesquisa foi financiada pelo Ministério da Ciência e Tecnologia através do CNPq em parceria com o Ministério da Saúde.

O estudo respeitou os preceitos éticos vigentes na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96, o qual trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conforme as proposições éticas foram apresentados aos participantes os objetivos do estudo e entregues os Termos de Consentimento Livre e Informado (ANEXO C), assegurando-lhes o anonimato e o livre acesso aos dados e resultados obtidos no estudo, assim como o direito de desistir de participar do mesmo a qualquer momento.

A proposta de estudo consiste na análise dos dados composto pela observação participante, a qual está relatada nos diários de campo dos pesquisadores, da análise de documentos acessados durante a observação e das entrevistas realizadas com trabalhadores e usuários do serviço. Não foi utilizado qualquer coleta de material biológico ou experimentos com seres humanos.

A autorização para a utilização do banco da pesquisa Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil – CAPSUL II neste estudo está assegurada em declaração específica emitida pela coordenação da pesquisa (Anexo F). A pesquisadora esteve presente no campo da pesquisa, coletando dados como observadora e responsável pelos registros de validação e negociação.

6 Análise dos dados e discussão dos resultados

6.1 A produção de subjetividade no modo psicossocial

A concepção de subjetividade adotada neste estudo pede o esclarecimento, a princípio, de conceitos que possibilitam entender que não estamos tratando de uma subjetividade individual, ego-centrada, restrita ao sujeito, como consciência individual, tal como no pensamento cartesiano; ou o conceito de subjetividade descrito pela psicologia, a partir do final do século XIX, o qual foca o indivíduo como dotado de uma subjetividade substancial, sendo esta relacionada ao núcleo íntimo de cada pessoa. Falaremos a partir do entendimento da subjetividade prática, a qual se constitui a partir de sujeitos práticos, ou seja, de propor uma subjetividade material sendo produzida pelos sentidos, imanente, porque se dá no mundo em relação com as coisas que dele fazem parte, sendo, também, relacional, associativa e interacionista (SOARES; MIRANDA, 2009).

Nesta perspectiva a subjetividade constitui-se como processo e acontecimento, que flui em devires e mutações. Os engendramentos de subjetividades apresentam-se múltiplos, em infinitas formas de existência e modos de sentir e estar no mundo, em relação com instâncias de ordem social, técnica, institucionais e individuais (SOARES; MIRANDA, 2009).

Esta subjetividade processual e agenciada, permanentemente, encontra, certamente, o corpo individual e mesmo não aderindo à representação do indivíduo, existem momentos em que a subjetividade se reconhece num corpo individual, num modo de individuação.

Deleuze (2006) entende que o indivíduo emerge no acontecimento, sendo este (entre outros) a produzir o indivíduo e que podemos conhecer o indivíduo pelo

processo de individuação e não o inverso, o qual seria a individuação partindo do indivíduo (LOPES, 1996).

Guattari propõe então como definição provisória para a subjetividade:

> [...] o conjunto das condições que torna possível que instâncias individuais e/ou coletivas estejam em posição de emergir como território existencial autorreferencial, em adjacência ou em relação de delimitação com uma alteridade ela mesma subjetiva (GUATTARI, 1992, p. 19).

Podemos então entender a subjetividade com características individuais enquanto vivida e assumida por indivíduos em suas existências particulares, sendo produzida socialmente no entrecruzamento de instâncias técnicas, institucionais e sociais. Sendo que, também, esta subjetividade individual é resultante de determinações coletivas de origens diversas, entre outras, econômicas, midiáticas, tecnológicas (GUATTARI; ROLNIK 2011).

Consideramos então, que a questão da produção de subjetividade passa pela concepção da criação, de modelização e de fabricação, estando em processo de transformação, a partir de interações de naturezas diversas, com as máquinas sociais. Os dispositivos de produção de subjetividade podem ser de escala coletiva, social ou de escala molecular e microfísica no sentido descrito por Foucault (1992) com ações sobre a vida cotidiana.

Os serviços de atenção psicossocial colocam-se como espaços sociais, os quais possibilitam a experiência da loucura, a expectativa de criação de territórios existenciais próprios, sem a exigência de normalização das pessoas, no sentido clássico. Estes, também são espaços de cuidado à saúde e esta perspectiva traz em sua concepção toda uma série de pressupostos para seu funcionamento e para as relações que se estabelecem, no âmbito local. As características de um local que precisou ser inventado, com instrumentos e meios de intervenções técnicas, relacionais e organizacionais próprios, ainda estão em construção, o que leva a constantes e permanentes reflexões e debates entre profissionais e usuários, considerando o processo de consolidação em que se encontra.

Como todo o processo, os rumos a serem tomados são incógnitas a serem desvendadas; estas possibilidades de certa forma são positivas, porque oferecem mobilidade e espaços de criação, geram, também, dúvidas, equívocos e fragilidades

ao mesmo. As equipes de trabalho se encontram em movimentos de impulsos em suas proposições e de inibição frente a questionamentos contundentes e limitações concretas das práticas tradicionais de atenção ao sofrimento psíquico, que podem estar no sistema asilar, assim como, nos serviços de CAPS.

Torna-se significativo a busca por registros, pesquisas, vivências e experimentações neste campo, que longe de proporem métodos ou proposições rígidas e determinadas sobre estes processos de trabalho, venham a fortalecer iniciativas, que se coloquem como referências e apontem possibilidades para a rede de saúde mental que se constrói de forma ímpar, sem receitas prontas, mas que precisa, certamente, de conexões e laços de certa forma consistentes em sua teia.

As concepções de produção de subjetividade no referencial que propomos trabalhar, nos fornecem elementos, conceitos ou bases teóricas que nos ajudam a ler os acontecimentos que ocorrem nas redes ou serviços de saúde mental em nossa realidade atual, especificamente na realidade estudada.

Muitos questionamentos se apresentam na proposta do estudo, tais como: o que é produção de subjetividade e como relativizar este campo complexo – em que perspectivas e como descrever esta produção.

Muito tem se produzido no que se refere a este aspecto, porém como o próprio referencial aponta, sendo este um processo infindável, em permanente elaboração, pode-se pensá-lo em fluxo, em mobilidade, que podemos acompanhar e conhecer, mesmo que em partes e em níveis diversos e superficiais, mais profundamente e, até mesmo de forma aproximada.

Para pensar a produção de subjetividade, no âmbito dos serviços de saúde mental, considerando toda a gama de importantes proposições de mudanças que compõe o ideário da reforma psiquiátrica, uma das mais inquietantes questões relaciona-se as possibilidades que se abrem à reconstituição de projetos de vida. Assim como à retomada de direitos, de desejos, de modos de ser e estar no mundo, de acessos, de relações, enfim de tudo o que nos constitui, enquanto alguém em sua singularidade. Sem pensarmos, entretanto, que estamos à parte do mundo social, sistêmico, organizado, institucionalizado e globalizado.

O desafio destes locais de cuidado de serem ao mesmo tempo, suficientemente abertos, disparadores de processos de expansão individual e coletiva e, também continentes no que se refere ao sofrimento; coloca-se como

dilema ao precisar conservar certa estrutura, que forneça ao usuário e ao trabalhador um contorno ou uma conformação.

Neste questionamento, sobre a possibilidade dos serviços de CAPS corresponderem atualmente, em suas formas concretas ao ideário do modo psicossocial, construído no bojo das proposições do movimento de reforma psiquiátrica, pensamos poder traçar de alguma forma a condição destes locais promoverem, possibilitarem ou dispararem processos de subjetivação individual e coletiva. Para este propósito colocamos o foco nas pessoas – usuários e trabalhadores – em suas relações interpessoais, no âmbito da instituição e fora dela, com seu entorno pessoal, social, individual e coletivamente; e as formas de funcionamento institucional, em suas relações e implicações.

Para compreender a produção de subjetividade, nos serviços de saúde mental, delimita-se como categorias de análise, os processos de singularização, a produção de sentido, a produção de desejo.

Na análise das observações e entrevistas realizadas no serviço de saúde mental CAPS de Alegrete/RS, com usuários e trabalhadores, encontram-se importantes relatos descrevendo situações, nas quais estes processos de singularização, de produção de sentidos e de desejos se fazem perceber no cotidiano da vida individual e coletiva na instituição.

6.1.1 Os processos de singularização

Os processos de singularização ocorrem, segundo Guattari (2011), quando se associam, aglomeram, emprestam dimensões de diversas espécies, não estando, necessariamente, relacionadas a processos de individuação ou uma identidade individual. O que vai caracterizar um processo de singularização é que ele seja automodelador, que ao entrar em contato com as diferentes situações, possa construir seus próprios referenciais, seja este teórico ou prático, mas que não permaneça na dependência em relação aos poderes dos mais diversos níveis, como econômicos, técnicos, de campos de saberes ou outros. Guattari (1992) considerando a produção de subjetividade como uma linha de montagem, onde esta se coloca como mais um produto, a possibilidade de configurar-se de forma não

serial ou massificada, partindo de referenciais próprios e autônomos, coloca-se como possibilidade de singularização.

Segundo Guattari (2011, p.42):

> O modo pelo qual os indivíduos vivem essa subjetividade oscila entre dois extremos: uma relação de alienação e opressão, na qual o indivíduo se submete à subjetividade tal como a recebe, ou uma relação de expressão e criação, na qual o indivíduo se reapropria dos componentes da subjetividade, produzindo um processo que eu chamaria de singularização (GUATTARI, 2011, p. 42).

O exercício de um controle social, realizado através de produção de subjetividades massificadas, pelo sistema de globalização, procura interromper e se contrapor aos focos de resistência, tais como os processos de diferenciação permanente, o qual Guattari (2011) denomina de revolução molecular, que nada mais são do que processos de singularização.

Nas falas de usuários e trabalhadores no CAPS pode-se encontrar processos de resistência e singularização como estes transcritos nas falas a seguir:

> Aí eu não concordo, tanto que eu não participo de várias oficinas, de nenhuma, quase. [U1]
>
> É a conduta política dos trabalhadores de saúde mental [...] as pessoas não gostam de gente que tem pensamento autônomo [...] enfim a gente sustenta o movimento com o grupo que tem pensamento autônomo [...]. [T3]
>
> [...] é uma equipe que começo com a reforma defendendo um projeto que era contra hegemônico, a sociedade não queria muito, mas não tinha muita opinião sobre isso, mas o modelo instituído no município não era favorável e a equipe toda bancou e mostrou que era possível [...]. [T4]

A possibilidade de discordar e manter-se alheio, neste caso a situações de seu cotidiano, que parecem corresponder ao adequado, porque parte de uma proposta terapêutica construída de forma a incluir os usuários em novas experiências, coloca-se de forma individual e coletiva, como uma resistência no sentido de singularizar-se. Horkheimer (2007) coloca que o núcleo da verdadeira singularidade é a resistência, a qual surge entre as pessoas comuns e anônimas na multidão.

As pessoas com história de internações psiquiátricas e vivências de exclusão social, marcadas pelo estigma da loucura, perderam as vozes e o espaço

de expressão, pela institucionalização, onde estiveram relegadas ao esquecimento e a situação de objetivação pela sociedade. Neste contexto as falas que representam oposição ou resistência, relacionam-se ao conceito proposto por Deleuze e Guattari (1988, 1996) de resistir, no sentido de criação. Quando é possível a expressão de discordância e de posicionamento próprio, cria-se um outro lugar subjetivo na existência individual e coletiva.

As propostas que procuram no âmbito da instituição, promover espaços diferenciados e, por isso, menos serializados, quando não correspondem a interesses e desejos dos envolvidos, podem colocar-se como uma armadilha que retém a criatividade e limita agenciamentos.

O serviço de saúde mental quando oportuniza os espaços de expressão e criação, coloca-se potente para revoluções moleculares ainda que de ordem infrapessoal ou interpessoal, mas que representam linhas de escapes à subjetividade produzida pelo sistema dominante.

> [...] (O CAPS) ajuda, ajuda porque às pessoas que vem aqui, porque a gente mesmo fala para as pessoas, não é assim que vocês devem nos tratar, nós somos gente como vocês, nós somos pessoas, seres humanos, como diz o outro e nós queremos ser bem tratado para quando vocês foram lá no CAPS tratar bem vocês [...]. [U8]
>
> [...] que a gente entende que é o que nos norteia, a gente tem que trabalhar de acordo com as necessidades das pessoas e não querer enquadrar as pessoas [...]. [T3]
>
> Que eu acho que é isso que a sociedade tem que deixar [...] de ser egoísta e abraçar as ideia das outra pessoa por mais que não seja a sua, é que o ser humano tem esse costume de não querer abraçar uma ideia, por mais que ela seja boa, quando é de outra pessoa [...]. [U1]

As questões colocadas na fala abaixo trazem em si aquilo que podemos entender como próprio da diferença, a qual é justamente um feixe de multiplicidades, formas de representar, através de variáveis possíveis na sociedade, opondo-se a demanda desta pela uniformização. O usuário entende o espaço institucional como um espaço onde as possibilidades de existência deveriam ser de variação e singularização. Deixando de procurar o inverso, a adaptação como possibilidade de alcançar pertencimento nesta sociedade.

Existir é diferir, reafirma Pelbart (2003), comentando Tarde (2003), que entende a diferença como o substancial da coisa, o que ela tem de mais próprio e

mais comum. O autor coloca ainda a invenção, como diferença introduzida no mundo, na direção da resistência.

> [...] mas aqui ó, é lugar para todos os tipos de gente, chegam aqui, só tem a sair bem daqui, é isso que a gente está fazendo aqui, dando o melhor da gente, tentando dar o melhor para que a sociedade, a sociedade possa nós acolher [...]. [U9]

> [...] a gente trabalha muito com alternativas que não são necessariamente instituídas, elas são instituídas para aquele caso e isso é muito complexo, muito complexo porque tu vai ter um monte de proposta terapêutica e cada uma diferente da outra [...] é como se a gente tivesse trabalhando artesanalmente [...]. [T4]

A instituição oferece espaços para o acontecimento de produção de devires, que podem ir de encontro ou não ao esperado, quando abre canais para o inesperado inclusive para a loucura. O propósito de anular ou evitar sensibilidades para assim estabelecer melhor o controle individual e coletivo, faz parte do sistema institucional, porém estes serviços colocam-se, teoricamente, como terreno de escape, favorecendo processos de vivências singulares e de rupturas com lugares já pré-estabelecidos, tais como o lugar estigmatizado socialmente, para a loucura. Nas falas abaixo é possível encontrar criticas a estes aspectos, produzidas por usuários e trabalhadores do serviço estudado.

> [...] como muitas vezes a gente não é amado, muitas vezes a gente não tem amor assim que a gente espera, não é? Sai um dá uma pedrada, sai outro e diz uma palavra e diz outra, então a gente tenta sim se colocar melhor possível, e eu tenho enfrentado [...] só levando com remédio porque assim na cabeça às vezes não, a mente da gente fecha sabe e não tem uma palavra para dizer e fica flutuando, só no ar, porque muitas vezes a gente está bem, outras, outras hora a gente está, já está meio mal, já está meio assim [...]. [U9]

> [...] porque não podia ter preconceito com a gente, não é? A cidade aonde a gente mora, tem muito preconceito com a gente. Não tratam a gente bem, chama a gente de louco, mas todo mundo tem um pouco de loucura. [U10]

> [...] os usuários quando tem algum evento do município, alguma coisa desse tipo, eles estão também apresentando as oficinas, apresentando os trabalhos, se apresentando também. Eu acho que é bem assim, firme a participação deles dentro da sociedade, nas reuniões nos fóruns eles estão sabe, [...] mas eles estão bastante comprometidos assim. [T6]

Na fala a seguir transcrita, o usuário relata a experiência de contrapor-se, e ao trazer ideias que se chocam com aquelas hegemônicas, seja no espaço da instituição ou no espaço da sociedade, surgem então resistências. O usuário relata a

percepção de atitudes limitadoras, por parte da equipe em relação a seus posicionamentos, compreende as restrições colocadas pela instituição, porém não interrompe processos de pensamento e de diferenciação, reafirmando seus posicionamentos, mesmo na situação de excluído.

No diário de campo, que registrou esta situação, observada *in loco* pelos observadores, comprova-se restrições a um usuário em particular, em dados momentos, justamente pela sua iniciativa de contrapor ao determinado ou de criar outra possibilidade para o que já está estabelecido. Estas resistências, mesmo partindo de singularidades, aparentemente isoladas no contexto institucional, provoca mobilidade e desacomoda, trazendo outras perspectivas de relação. Os trabalhadores são provocados pelos usuários a assumirem posição e perceberem equívocos da prática diária. Os poderes institucionais também ganham visibilidade, frente à resistência criada e podem ser pensados, desde sua exteriorização.

> A profissional pede que eles parem de reclamar [...] volta a dizer que vive nas casas perto do SRT e que lá é tudo fechado, eles não podem sair quando querem, tem que pedir autorização para tudo. As profissionais ficam muito incomodadas com o assunto. [DC 01- 27/07/11]
>
> (assembleia) Olha eu, eu tentei falar a verdade e eles me excluíram daquela reunião porque eu falo super bem, e eu acho que eu falo aquilo que convém não é? E muitas das vezes não gostam, porque eu venho colocar algumas coisas [...] é as coisas que estão existindo, as coisas que não estão bem e eles não gostam de ouvir. [U9]
>
> E se não gostaram da atitude do funcionário, eu acho assim muito bom, por que eles colocam para fora, que às vezes eles ficam, falam dos funcionários: não sei o que me tratou mal, eles vem ali eles cansam de falar não é de certo, para eles é muito bom, para nós também, para gente procurar ver o que estava errado, procurar acertar. [T12]
>
> [...] cada profissional tem o seu jeito de trabalhar então a gente, às vezes fica um pouco meio na deficiência, um pouco atende a grande demanda que o CAPSII recebe [...], vira e meche e a gente esta com conflito, às vezes chegam usuários que não são atendidos e aí cria um clima, um mal estar, vão na secretária de saúde, por que não foram bem atendido [...]. [T13]
>
> [...] mas sabemos que muitas vezes as pessoas que são escolhidas para administrar, até pessoas que não questionam muito, [...] enfim incomoda e tem gente que não gosta de ser incomodada, então eu penso que nesse sentido ouve uma centralização de poder [...]. [T3]

Há por parte das instituições na sociedade capitalista, segundo Guattari (2011), uma tentativa de eliminação de criação, do pensamento dissidente e da produção desejante, como forma de boicote à singularização e de promoção de

subjetividades de ordem capitalísticas, a qual o autor refere como aquela produzida pelas máquinas em série e impessoais, que se relacionam ao consumo de massa e a produção de modelos para a vida nesta sociedade.

A constituição dos poderes que permeiam estas instituições, também, interfere de forma a impor e estabelecer formas de estar nas instituições sociais, incluindo as que se propõe a produzir saúde, para a manutenção de controle e de garantias de um enquadramento social absoluto.

Nas instituições de atenção psicossocial, a possibilidade de criação e de manifestação de pensamento dissidente está colocada ao lado de aspectos reducionistas e limitadores destes processos, por esquemas disciplinares, institucionais e profissionais. Nas falas a seguir é possível identificar estas posições:

> [...] nós temos que dar o melhor para o CAPS, por que eles exigem de nós, tinha que ter uma oficina boa, cada um escolhesse o que se adapta de fazer, não eles escolher, ó tu vai fazer e pronto, se não tu vai se excluído daqui. [U9]
>
> [...] como é que eu vou te explicar, uns dizem uma coisa, às vezes vem um funcionário e diz uma coisa, lá vem outro e diz outra, [...] outro vem e diz tem que respeitar as regras, e ai cria aquela coisa assim sabe, que a gente fica sem sabe o quê fazer, ao mesmo tempo querendo fazer o que o coração manda, mas muitas vezes não é assim, que a gente também tem regras com eles assim. [T15]
>
> (PTI) é decidido através da terapeuta, [...] que ela tem lá o relatório, os horários de todos eles [...] eu sei quando eu chego, encontro já eles aqui, mas quem dá os dias certinhos pra eles virem aqui é ela [...]. [T11]

Através das observações registradas no diário de campo, é possível constatar atitudes de submissão da iniciativa dos usuários no sentido de expressar pensamento autônomo, quanto à condução de propostas terapêuticas na instituição. A profissional interrompe de forma autoritária estas manifestações, sem considerar a história de institucionalização destas pessoas, as quais não havia possibilidade de ter voz e esta expressão de ideia constitui-se como um exercício de subjetivação singular, de crítica à situação vivenciada.

> Reclamam, que a psicóloga há tempos não os atendem, eles sentem falta da psicóloga. Entre estas queixas, a oficineira tentou interromper várias vezes, argumentando que não é bem assim, que a psicóloga atende sempre que eles precisam. Pede que eles parem de reclamar. [DC 1- 27/07/11]

> Eles dizem estarem só conversando e perguntam se não podem falar nada. Nisso uma trabalhadora manda eles pararem, gritando e diz que eles estão querendo aparecer, por que a observadora esta presente ali [...]. [DC 1-27/07/11]

Tendo o movimento da reforma psiquiátrica como marco político, e o modo psicossocial de cuidar como modelo operativo, para romper com lugares de invisibilidade em que a loucura foi colocada, na sociedade capitalista e no mundo contemporâneo, as fissuras criadas nestes cenários, são investimentos complexos que demandam rupturas de ordem institucionais, do campo dos saberes instituídos e dos processos de subjetivação de profissionais e usuários, neles implicados.

A singularidade, segundo Pelbart (2003), pode ser a de qualquer indivíduo, grupos, classes, enfim de qualquer um que produza territórios subjetivos, se recuse a submissão aos poderes constituídos e se disponha a superação de normas, rotinas e protocolos em sua vida cotidiana.

O contexto histórico produz modos de subjetivação em profissionais, pelas práticas, saberes e discursos de sua formação; e estabelecem determinadas implicações no tecido social, nos quais estes atuam.

Segundo Gonzales Rey (2003) a tendência ao enquadramento à supressão da singularização, está institucionalizando-se, mesmo em espaços e instituições que pretendem produzir, pensamento, ciência, saúde, educação entre outras, como as instituições de ensino e formação. Mesmo os serviços de saúde, que se constituem com proposições de reforma em suas práticas e relação com a sociedade, podem institucionalizar-se suprimindo a singularização.

O modo psicossocial de cuidar apresenta proposições desafiadoras, entre as quais a mudança de concepção de seu objeto, que ao se descentrar da doença, passa a enfocar o indivíduo em sua singularidade, assim como sua família e seu entorno social. Segundo Costa-Rosa (2006), o reposicionamento do indivíduo em relação ao seu projeto de vida, ocupa o lugar da supressão simples da sintomatologia neste modo de cuidar.

A amplitude da proposta de atenção psicossocial e os limites dos profissionais, com formação tradicional nas áreas da saúde, podem ser entendidos como aspectos que dificultam as ações. O serviço de saúde mental, mesmo tendo nascido de uma proposta inovadora e reformista, sendo este mesmo singular entre

tantos que se propuseram a mesma finalidade, ainda precisa encontrar lugar e afirmar-se em sua diferença, na rede de saúde e na sociedade de forma geral.

Por último, o próprio usuário destes serviços pode se ver, a partir de suas falas, como em movimento, em múltiplos sentidos, os quais podem indicar processos quando se posiciona, questiona, sugere, cria, relaciona, enfim quando coloca a vida a andar, em ritmos diversos, em atitudes de maior ou menor autonomia, estabelecendo conexões e redes que trazem sustentação aos projetos de vida, que emergem destas vivências.

6.1.2 A produção de sentido

Guattari (1992) define a subjetividade como um conjunto de condições e relações que leva ao surgimento de uma nova forma de pensar que pode ser autorreferencial, individual, mas, também, podem ser produzidas socialmente, fazendo com que a identidade e a alteridade assumam uma mesma postura, obedeçam às instâncias individuais e/ou coletivas de produção de desejos e sentidos. Esta produção de sentido pode tanto ir a favor ou contra a lógica predominante nas sociedades capitalistas, que tenta bloquear processos de singularização e instaurar processos de individualização.

O capitalismo é visto como uma máquina de produção de significados, que engendra papéis, desejos, pontos de vista, corporalidades e padrões estéticos variados; utilizando-se de comportamentos que tanto se prestam à submissão como à libertação. A subjetividade dessa máquina se instaura em universos de virtualidade que ultrapassam a territorialidade existencial em todos os sentidos. Tal ordem é projetada na realidade do mundo e na realidade psíquica e produz os modos de relações humanas em suas representações. Ela se manifesta nas relações pessoais, nos códigos de conduta, nas formas de trabalhar, amar, gozar, falar, vestir, nos cuidados com o corpo, com a forma do corpo, com a produção de sentidos e de afetos, nos esquemas de conduta, de ação, de gestos, de pensamento, de sentido, de sentimento etc (GUATTARI, 2011).

Retomando conceitualmente o que se entende por sentido, para só então abordar a produção de sentido em relação à subjetividade, referimos Deleuze (2000)

com sua definição de sentido como acontecimento, sendo este um efeito incorporal de superfície, que advém de um devir ilimitado. Nesta definição, o autor coloca que o sentido não está no atributo, mas no verbo, não está na profundidade dos corpos como causa, mas na superfície do acontecimento. O sentido como acontecimento, como um devir-ilimitado, é passado e futuro, muito e o pouco, o demasiado e o suficiente, é infinitamente divisível, é sempre os dois ao mesmo tempo, eternamente o que acaba de se passar e o que vai se passar, mas nunca o que se passa (DELEUZE, 2000).

Deleuze elabora uma teoria das séries, a qual o movimento é o de “deslizar na fronteira” entre as duas faces, trazendo o fundo ou o interior dos corpos à superfície ou ao exterior: sempre em séries duplas, de designação e de expressão na linguagem, de significado e de significante na estrutura, da profundidade à superfície, da dimensão vertical à horizontal (DELEUZE, 2000).

É uma estranha entidade ideal, o sentido, no pensamento de Deleuze (2000). O sentido não tem os contornos fixos e ordenados do conceito, apreender o sentido se produz apenas na imanência da experiência concreta e interpretar a experiência não é de modo algum fundá-la no sentido de uma ciência. Mas as condições, nas quais o sentido se lê, se encadeia e se enuncia, proíbem que se faça dele essa idealidade livre, nômade em toda a superfície, a qual Deleuze (2000) busca com uma animação e uma inventividade. E que ele só encontra ao preço de uma desterritorialização contraditória com as condições de produção do sentido. Deleuze, então conclui que o sentido não está por se descobrir, mas por se produzir (WAHL, 2000).

Produzir uma teoria do sentido é manter-se ao mesmo tempo na evidência e no opaco: na evidência porque é sabido, que não importa o que pensamos, tão logo pensamos, "estamos em casa"; no opaco, porque jamais estando "alhures", não dispomos de nenhuma distância – ou, como se diz, nenhum observatório para examinar o sentido do que está fora. O sentido nunca é princípio ou origem, ele é produzido. O sentido "não está por ser descoberto, restaurado ou reempregado, está por ser produzido por novas maquinarias” (WAHL, 2000, p. 119). Digamos que o sentido é ele próprio, a maquinaria que Deleuze emprega para fundar como produção contínua, jamais preposta e jamais imobilizada, tudo o que se dá como pensamento.

Todas as produções de sentido compartilham o mesmo esquema, mas nenhuma produção de sentido tem sistema antecedente, ou seja, é pré-determinado. Assim, a maquinaria de sentido está de fato inteiramente voltada para a compreensão de que o sentido é a mobilidade que o produz. E, está destinada a produzir sentido sobre o sentido, diretamente sobre o sentido, exclusão feita de todo sistema ou pauta pré-determinante (WAHL, 2000).

Wahl (2000) argumenta sobre o pensamento de Deleuze, que a cada vez algo acontece, e algo que é ele próprio tecido de devir. Sendo um fato, um processo, ou ainda uma forma, é um acontecimento, mas é um acontecimento muito particular, jamais pontual, que excede a maquinaria. É inclusive, o acontecimento puro, em seu paradoxo, obrigada pela exigência do sistema do sentido a se efetuar de um modo consistente, a construção do sentido não pode aí senão fazer círculo com o material (os pontos) que ela reúne e organiza, material com que ela se define ao juntá-la.

As limitações destas produções se apresentam através de linhas de forças as quais procuram instituir vetores de modelização de sentidos, no agir, no pensar e na forma de relacionar-se com o mundo.

Tudo que é produzido pela subjetivação capitalística, a qual chega através da linguagem, da família e pelos diversos equipamentos que nos cercam não são apenas ideações ou significações de enunciados significantes ou modelos de identificações parentais; tratam-se de sistemas de conexões com as grandes máquinas produtivas, de controle social e as instâncias psíquicas, as quais definem a maneira de perceber o mundo. O modo de representação de mundo define e interfere na compreensão da vida em sociedade (GUATTARI; ROLNIK, 2011).

No espaço asilar, nos quais os usuários estiveram por muito tempo institucionalizados, outros modos e representações do mundo se constituíram pelas experiências de limitação e segregação a que foram submetidos. Goffman (1999) já apontava que as instituições totais com os métodos, a qual o autor nomeou de mortificação do eu e de separação do internado do mundo exterior por longos períodos de tempo, levavam a uma perda de sentido e de produções singulares, ocorrendo processos de massificação e serialização.

A produção de sentido, quanto à condição de exclusão na sociedade, isto é o entendimento de que a derrubada dos muros, no sentido físico das instituições, não constitui o fim de uma sociedade estigmatizante, está presente na fala dos

usuários. Estes indicam posições de acomodação e identificação subjetiva com este lugar ou resistência e posturas de enfrentamento, com a criação de espaços de existência múltiplos, não só no interior dos serviços de atenção psicossocial, mas na sociedade de forma ampliada.

O acontecimento que estabelece o estigma em relação ao louco encontra-se explícito no relato das pessoas que sofrem a condição de exclusão, ao demonstrar identificação com este lugar na sociedade, através de vivências de rechaço e de aceitação e acomodação a situação de ser invisível na sociedade. Também, as vivências de enfrentamento desta situação colocam-se como um acontecimento na vida daqueles, que hoje ganham espaço nas ruas e se fazem perceber, construindo relações cidadãs em sua comunidade.

Estes novos sentidos produzidos em relação à loucura são acontecimentos de enfrentamento, mesmo que ainda menores em relação ao preconceito. Como mostram as falas a seguir.

> [...] que devia ter uma pessoa assim, um espaço no rádio talvez, na televisão alguma coisa que faça com que as pessoas se deem conta que [...] por que consulta no CAPS, acham que a gente é louca [...]. [U11]
>
> Às vezes a gente, eu estou na frente ali, [...] e me chamam de louco, outro me chamam de..., não tem, consideração com nós [...]. Eu comprimento ele como cumprimentei, como tem que cumprimentar, não é? [...] E eles não acham isso certo, acham que a gente é louco [...] É brabo, isso. [U3]
>
> Preconceito sempre tem, tem gente que se está ali na saúde e diz a “lá vai o louco”. [...] Por essa parte de estar na saúde mental, chamam a gente de louco, “lá o louco lá, ó”, é só esse problema é só esse preconceito. [U7]
>
> É diminuiu um pouco (preconceito), um pouco, para o que era antes, tanto que por causa disso foi conseguido várias lutas, foi conseguido passe livre, divulgação somente na cidade aqui, mais divulgação no serviço, das atividades que são feitas no serviço. Mas ainda falta muito, falta muito prá melhorar, mas está melhor, para o que estava, está bem melhor, para o que era há trinta anos atrás, está bem melhor hoje. [U1]
>
> Eu acho que é importante existir associação, só que eu acho que tinha que dar mais é, como é que se fala, mesmo sentido da liberdade, mais autonomia, para associação pode reivindicar mais os direito do usuário e familiares do serviço, eu acho que associação está um pouco excluída. [U1]

A proposta de atenção psicossocial desencadeia nos trabalhadores processos de desconstruções sobre seu lugar no fazer terapêutico, assim como em relação aos saberes que orientam sua prática profissional, produzindo mobilidade subjetiva, quando requer a mudança de seus paradigmas em relação à loucura e às

formas de intervenção. Encontra-se presente ainda a dificuldade dos trabalhadores em perceber a fala do usuário, como aspecto construtivo, na perspectiva de apontar questões para serem revistas no processo de trabalho. O que pode configurar-se, como referiu Teixeira (2004), técnicas de reconstrução dos laços sociais, pensando a produção de saúde, para além do cuidado da doença. O que representa a experiência de criação de si próprio e de outros modos de vida, em trabalhadores que se colocam implicados em novas proposições de fazer saúde.

Nas transcrições seguintes manifestações de produção de sentido em relação “ao fazer terapêutico” foram referidas.

> Eu, vou falar pela minha parte, eu levo eles nos lugares entendeu, câmara, passeio, estar enfiada nas coisas assim, nem que deem risada da gente, por que muitas pessoas ficam [...] introduzindo eles [...] na verdade aos poucos, mas a caminhada é longa. [T17]
>
> Eu acho que tinha que ter mais oficinas, mais, coisas para eles fazerem, assim, sabe [...] não digo tempo até, mais oportunidade de algumas outras oficinas diferentes, [...] porque é sempre, aqui ficou aquela rotina [...] estimular mais ainda [...]. [T21]
>
> Então, na parte das oficinas, de ajudar estes usuários, [...] a gente sabe o histórico de vida deles, então eu acredito que às tardes que eu venho, não só trabalhar essa parte da música, mas como tem que trabalhar com eles, assim [...] é tu trabalhar no improviso, tu chegar aqui, às vezes tu vem preparada para uma coisa, mas surgem dois ou três com problemas, e tu tem que ouvir, tu tem que ajudar [...] eu acredito que nisso eu estou sendo útil, de ajudar eles na autoestima deles [...]. [T20]
>
> Na crise, aqui dentro a gente procura acalmar eles, conversar com eles, fazendo [...] muitas vezes a gente pega eles senta ao lado deles, conversa com eles, por que tem gente que tem medo, entram aqui eles estão em crise, então ficam com medo, então a gente procura mostrar para aquelas pessoas que entram aqui e veem eles em crise que não é como pensam, que tem que sentar, conversar e acalmar [...] é o que nós fizemos aqui [...]. [T18]

A possibilidade do inusitado em um serviço de cuidado em saúde, trabalhando com aspectos de expressão, de aprendizagens, de habilidades e desejos desconhecidos torna-se ousadia e acontecimento no contexto dos usuários e profissionais. A relação com espaços vitais da cidade, aqueles que podem mobilizar emoção, curiosidade, conhecimento e participação social como museus, teatros, cinemas, praças, escolas, instituições entre outros; dispara acontecimentos individuais e coletivos no enfoque que Deleuze (2000) referiu como produção de sentidos.

A representação teórica dos profissionais em relação à multiplicidade de engendramentos de subjetividades constroem tramas moleculares que funcionam, em velocidade, para além do espaço, do tempo, em usuários e nos próprios trabalhadores, os quais transitam no espaço de atenção psicossocial. Guattari (1992) entende que estas, necessariamente, produzem outras práticas de análise e de intervenções as quais possam corresponder à complexidade dos acontecimentos de dimensões heterogêneas que estão colocados nos espaços de instituições que trabalham para a desterritorialização, no sentido da produção do movimento, da criação e da alteridade. Novas formas de compreender a prática conduzem a novas formas de conhecimento e possibilita o desenvolvimento de zonas de sentido, que nos campos de saberes tradicionais, estão encobertos (GONZÁLES REY, 2003).

> Fatores que contribuem, eu acho que são assim eu posso dizer são as diversidades de atividades que se encontra nesse serviço, a gente procura estar sempre diversificando essas atividades, [...] sempre criando uma atividade nova para que o serviço não fique estagnado. [T7] eu considero que é boa a questão da formação do pessoal porque a gente tem alguns encontros, o encontro que a gente chama de roda de saber onde a gente tenta sempre tratar. Estar trabalhando a educação permanente de saúde com alguns profissionais que fazem formação [...] eles transmitem, esses conhecimento para os colegas que estão aqui no serviço, eu acho que a gente acaba se qualificando através da roda do saber [...]. [T7]
>
> [...] a gente trabalha muito com uma palavra que a gente usou muito na saúde mental que é a história da bricolagem[4], a saúde mental os programas terapêuticos, como eles vem da necessidade do usuário, com uma certa oferta, organizada da equipe, e nesse encontro é que brota o projeto terapêutico [...] às vezes, as equipes cansam porque é algo que exige muito, por isso a importância da gente investir nos momentos para a equipe, nos momentos de empoderamento, integração porque este vai ser o cotidiano do nosso trabalho [...]. [T4]
>
> [...] sempre nos procuram porque nós temos a estrutura, não é? Porque somos organizados, um plano de tratamento [...] atenção psicossocial [...] a gente consegue encaminha também essas demandas sociais, essas com dificuldades econômicas, dificuldades pessoais, toda aquela área da situação social então a gente capta muito essa demanda entendeu, eu acho que é uma, de certa forma boa, não é? A gente faz um trabalho bom nesse sentido. [T9]

---

[4] Bricolagem: segundo dicionário on line Michaelis é uma palavra de origem francesa que designa o conjunto de pequenas tarefas ou trabalhos manuais domésticos e artesanais. Sobre o conceito de “bricolagem”, na área da saúde mental, contém a ideia de improvisação hábil e de astúcia e a caracteriza como ir aqui e lá, eventualmente procurar obter, pelo desvio, indiretamente, aquilo que não se pode ter de forma direta (ARDOINO, 1998). A bricolagem intelectual seria mesmo a regra fundamental das ciências sociais, devido ao seu objeto infinitamente complexo (LAPASSADE, 1998). O trabalho pode ser construído como uma “colcha de retalhos” no estilo “Patchwork”, que significa “trabalho com retalho”. É um artesanato que costura retalhos de tecidos de diferentes cores e estampas buscando uma estética singular para cada peça (ANDRADE, 2011).

O caráter de processo da subjetividade, que a coloca em permanente mobilidade e alteração, não significam a inexistência de uma organização, e sim outros processos de desenvolvimento de caráter singular, que influenciam mudanças, e podem ser entendidos como elementos de sentido, os quais configuram movimentos que ocorrem nos diferentes espaços sociais (GONZÁLES REY, 2003). Esta produção de sentido, que conforme Guattari (2011) incide em pontos singulares são as próprias raízes produtoras da subjetividade plural. O desencadear de processos de produção de sentido, partindo de proposições práticas das intervenções nos espaços psicossociais, podem constituir-se como potentes para a invenção de possibilidades diversas de estar na vida cotidiana, no mundo, incluindo a experiência da loucura.

> [...] eles acabam descobrindo que o grupo é um dispositivo, as oficinas são um dispositivo, o trabalho no CAPS é um dispositivo de saúde. Então eu vou ter alta do quê, que saúde, porque se eles não querem ir eles não vão. E vão no próximo dia dizendo porque que não foram, não é uma dependência do serviço é uma referência do serviço, é diferente. [T4]
>
> [...] a gente precisa fazer mais isso com eles, não só chamando aqui, mas indo lá e aí, aí eu vejo que os colegas têm que se dispor a fazer isso [...] a gente saí de dentro do consultório da gente tem que ser em qualquer lugar que a gente vai escutar alguém, não interessa se é na rua, se é na casa da pessoa o lugar que tive que fazer intervenção [...]. [T3]
>
> Tem uma coisa que eu acho muito bonita lá, [...] e que as pessoas que vão se tratar tem uns cursos, tem gente que nunca fez nada e no momento que entra para o CAPS já aprende a fazer os trabalhos manuais, sai bem de lá e participando assim de alguma coisa que tem na comunidade como assim alguns, como aqui na escola, aqui no [...] mesmo tem a escola aberta que funciona sábados e domingos [...]. [U11]
>
> Elas que me falaram que teria dois dias na semana, ai eu tenho aqui na comunidade um trabalho aqui para fazer voluntariado aqui na capela, facilitou para mim escolher os dias que daí segunda eu ajudo aqui e indo para lá terça e quinta está bom. Os dois dias da semana estão bem. [U7]

Toda e qualquer relação estabelecida, seja individual ou coletiva, está atravessada por enunciados representativos de diversas ordens e colocam a funcionar dispositivos de produção de sentido e de subjetividades singularizadas ou submetidas a mecanismos de reprodução capitalísticas.

Segundo Deleuze e Guattari existem agenciamentos do tipo maquínico que garantem:

> “a mistura de corpos reagindo um sobre os outros” e o agenciamento coletivo de enunciação que sustenta um regime de signos (ou máquina de

> expressão) que determinam o uso dos elementos da língua e transformações incorpóreas atribuídas aos corpos. E, demonstram relações entre um sistema de enunciação (regime de signos e um campo sócio político – regime de corpos) dado, a produção de transformações sociais pelos agenciamentos. (DELEUZE, GUATTARI, 1995 p. 30-33).

Diante destas reflexões, a problematização sobre as práticas e as situações de relação e cuidado nos dispositivos de saúde mental, exige de trabalhadores e usuários um movimento constante de pensar a micropolítica destes espaços, para que equipamentos criados com perspectivas inovadoras e construtivistas, no sentido de estar em permanente fluxo de constituição, não se tornem reprodutoras de práticas manicomiais e totalizantes, obstruindo processos de subjetivação singular e de produção de diferenças. As relações estabelecidas no processo de trabalho construído, mobiliza e produz sentidos diversos a vivência no campo do trabalho na atenção psicossocial. Desenvolvendo o que Deleuze (1998), chama de práticas intercessoras, que intercede para a produção do inusitado, deixando-se afetar e ser afetado pela alteridade, pelo devir e pelas incertezas que levam a criação.

6.1.3 Produção de desejo

Não há pulsão interna no desejo, só há agenciamentos. O desejo é sempre agenciado, ele é o que o agenciamento determina que ele seja. O desejo só pode ser entendido partindo da categoria de “produção”. A produção está no próprio desejo. O desejo não depende de uma falta, desejar não é a falta de algo, o desejo, ele produz (DELEUZE, 2005).

Para Deleuze e Guattari (1996) o desejo não carece de nada, não porque possa atingir a plenitude de uma satisfação, mas porque a falta só pode ser pensada do ponto de vista de um sujeito, com referência a um ideal transcendente. O sujeito se desestabiliza pelos movimentos do desejo, que interpreta como sinal de uma carência de completude. Quando tiramos o ideal transcendente de cena e pensamos esses mesmos movimentos com o referencial do Corpo Sem Órgãos, aquilo que parecia falta, revela-se como excesso de singularidades que transbordam e alteram sua figura, levando-a a tornar-se outra, se o processo seguir seu curso (ROLNIK, 1996). O Corpo Sem Órgãos é o campo da imanência do desejo, o plano de

consistência própria do desejo, ali onde o desejo se define como processo de produção, sem referência a qualquer instância exterior (DELEUZE, 1996, p.15).

Dizer que Deleuze e Guattari (1996) não consideram que o desejo careça de alguma coisa não significa, portanto, que eles estariam pleiteando uma associação do desejo ao prazer. Para os autores, quando se obtém o prazer, ocorre uma forma de trégua durante a qual o desejo se desativa. Consideram que obter o prazer já é uma forma de descarregar o desejo, no próprio instante e de desencarregar-se dele. Para eles encarregar-se do desejo é possibilitar e recarregar constantemente sua processualidade, afirmar sua potência de conexão e criação (ROLNIK, 1996).

A existência de repressão social que atinge a produção desejante, não muda o princípio de que o desejo produz realmente ou de que a produção desejante, nada mais é do que produção social. Não se trata de reservar ao desejo uma forma de existência particular, uma realidade mental ou psíquica que se oponha à realidade material da produção social. As máquinas desejantes ou são apreendidas nas grandes massas gregárias que elas constituem ou as máquinas sociais estão relacionadas com as forças elementares do desejo que as formam (DELEUZE; GUATTARI, 2004).

Desejo liberto quer dizer que o desejo sai do impasse do fantasma individual privado: não se trata de adaptar, de socializar, de disciplinar, mas de ligar de tal maneira que o seu processo não seja interrompido num corpo social e que produza enunciações coletivas. Não se trata de sobrepor-se, de totalizar, mas de se ramificar num mesmo plano (DELEUZE, 2005).

As máquinas desejantes são máquinas binárias ou de regime associativo; uma máquina está sempre ligada à outra. É um sistema não-orgânico do corpo, e podem ser chamadas de micro-máquinas ou máquinas moleculares. A síntese produtiva e a produção tem uma forma conectiva (DELEUZE; GUATTARI, 2005).

Os fluxos que atravessam o campo social constituem a realidade do desejo (LOPES, 1996, p. 60). No movimento de luta antimanicomial foi abordado como fundamental para a mudança paradigmática, a questão da retomada de direitos civis, a inclusão do louco na sociedade e a desobstrução da produção desejante, negada a este pelas práticas manicomiais.

A sociedade de forma ampla e os trabalhadores em saúde em particular, travam uma luta primeira, que a desconstrução dos próprios “manicômios mentais,

ou desejos de manicômio”, como afirma Pelbart (1993) isto é, entender o direito à desrazão. Indicando outra postura onde não está proposta a reforma do outro, a sua mudança, mas sim o direito à alteridade e com isso, também, a vivência da loucura. A devolução da possibilidade de pensar, criar, amar, desejar, enfim viver intensamente, em experiências singulares.

Machado e Lavrador (2002) cunharam esta expressão para designar o desejo de dominação, de hierarquização, de oprimir e controlar que estão presente em todas as pessoas ou instituições que trabalhem para o aprisionamento, a limitação e a contenção da expressão e da vida humana.

Os desejos de manicômio relacionam-se ao que expressam as marcas, as linhas duras constitutivas de nossa subjetividade embasadas em aspectos disciplinares que vinculam a loucura a saberes biomédicos. São esses os desejos que mantêm os manicômios em atividade, não só concretamente, mas subjetivamente (ROMAGNOLI et al., 2009).

As intervenções estabelecidas para a abordagem da loucura, ao longo da história, se utilizam de métodos e técnicas de controle, contenção e anulação, sendo estas próprias do manicômio, continuam presente em espaços abertos e ditos, não manicomiais. O desejo de permanência, de domínio, de empoderamento sobre o outro, que é prerrogativa do modo manicomial de atenção, pode estar presente em serviços que pretendem construir um modelo substitutivo ou alternativo, a este, como os serviços de atenção psicossocial. O assujeitamento às normas dominantes, aos agenciamentos homogeneizante que interrompem fluxos de inovação, são parte de nosso modo de vida em sociedade; o que impõe aos serviços de saúde mental, a construção de projetos que promovam a inquietude, que instiguem a produção de desejos de autonomia, criação, modos diversos de existência.

Nos serviços de atenção psicossocial, identifica-se a potência implícita nos processos que se estabelecem em situações de convivência diária, os quais revelam afinidades, projetos de vida, sonhos a serem realizados. Estes mobilizam os usuários e trabalhadores, à lutas individuais e coletivas para garantir os fluxos desejantes de conhecer, apreender, produzir, criar, enfim de existir. Estes se colocam de forma singular com características microfísicas, moleculares, mas que mobilizam agenciamentos de produção de vida, como mostram as falas a seguir.

> [...] o que eu gosto é assim joga futebol uma coisa assim, fazer um tapete, um edredom, acolchoado uma coisa para renda do CAPS, eu gosto de trabalhar assim, fazer renda, assim como eles dão o melhor para nós, nós temos que dar o melhor para o CAPS [...]. [U9]
>
> Eu gosto de fazer tudo, só eu não gosto de estudar. [U10]
>
> [...] cantar sozinha e dançar sem se importar com os outros. Observa-se o quanto o canto faz bem para alguns. [...] Alguns pedem para cantar solo [...]. [DC 1- 25/07/11]
>
> Olha, eu o que eu mais gosto é aula de música e as demais eu até faço bem, tento fazer. [...] Eu gosto mais é de cantar as coisas da igreja. [U5]
>
> (na oficina) O usuário [...], fala de sua participação na aula de flauta e da capoeira. Gostam muito das atividades. [DC 1- 27/07/11]
>
> Trazem a ideia de formar uma rede, por que em todo o Rio Grande do Sul tem serviços de saúde mental, em todas as cidades e que surgem muitas ideias que poderiam ser compartilhadas para melhorar o serviço e diminuir o preconceito. [DC 1- 04/08/11]
>
> [...] que a gente comece o trabalho de preparação até da equipe para essa possibilidade de construir o colegiado gestor, com a participação de usuário, familiares [...] eu acho que seria uma experiência diferenciada, que daria uma outra conotação para o trabalho e manteria aquilo que a gente sempre acreditou que eram as decisões colegiada, é os usuários fazem suas reuniões, sua assembleia, é mais tem usuários que perguntam por que a equipe pode participar da reunião deles, mais eles não podem participar da reunião da equipe, então nós queremos é proporcionar essa possibilidade. [...]. [T3]

Guattari (1992) usou a noção de *paradigma estético* para descrever a potência de sentir e criar outras composições de força. Este desafia a criar na atualidade experiências estéticas em consonância com o que vivemos, e lutar pela não captura da existência, na reapropriação de modelos. A sociedade capitalística é uma máquina de produção homogeneizante de subjetividades e esta se impõe sobre a produção de desejos, trazendo modos de encodificação, o qual o que é pré-estabelecido, manipula e comanda o modo de perceber e desejar individual e coletivamente. Ainda, assim, as possibilidades de desenvolvimento de modos de subjetivação e de produção desejante de caráter singular, criativo e inusitados, se apresentam instaurando dispositivos de diferença. Os serviços de saúde mental podem colocar-se nesta posição, quando capazes de instigar processos de construção de cidadania, de autonomia, de conexões e redes solidárias. Observa-se nas falas a seguir manifestações de afastamento dos lugares institucionais e de identificação de movimentos criativos, para além do serviço de atenção psicossocial.

> Os usuários não propõem mais, porque não há um trabalho de lideranças e o espaço de suas reuniões está focado em situações individuais. Em aspectos do dia-a-dia do usuário e não do serviço e sua organização. Alguns usuários em momentos de lazer na churrasqueira trouxeram percepções muito claras de dificuldades do serviço e da conjuntura de mudanças. [DC 1- 05/08/11]
>
> [...] Os usuários estão prontos para uma atuação mais participativa nas questões decisórias do serviço, mas no momento não há espaço para esta mobilização. Referiram a parada do orgulho louco, como um momento muito bonito e importante para eles. Foi possível se manifestar e participar por mudanças nas questões de preconceito. [DC 1- 05/08/11]
>
> Participam de um projeto ambiental, fazendo registros fotográficos do rio e de suas mudanças pela poluição. [...] Está para o projeto na cidade. Posicionaram-se contra cortar um coqueiro, conseguiram transplantar a árvore. Realizaram denúncias sobre os maus tratos com animais. Ajudam uma ONG que há na cidade pela proteção dos animais. Lutam por uma política de castração de animais, rádio comunitária é um espaço importante, uma das participantes da associação tem um espaço na rádio. [DC 1- 25/07/11]
>
> Nós tivemos, agora pouco, a parada do orgulho louco aqui, que a gente viu que todos os setores aqui da sociedade abraçaram, que todos participaram sim, tanto da secretária, as escolas municipais, então a gente viu que realmente houve uma integração assim bem forte com todos os setores. [...] Aqui do município, e eu vejo que há assim, há um estigma que adianta ser desconstruído, para que se construa um novo, mas eu vejo que aqui em Alegrete há um diferencial em relação a saúde mental [...]. [T13]

Um dos aspectos que parece crucial nas mudanças estabelecidas nos serviços de saúde mental envolve o trabalho coletivo, e diz respeito à democratização das relações, ou a ruptura com modelos hierarquizados. Estas se referem não só à eliminação de diferenças, mas como estas são processadas e vividas, considerando a dinâmica dos desejos e das singularidades (MOURA, 2003). Pode-se compreender através das falas dos usuários e trabalhadores e, também, pela observação registrada em diário de campo, o quanto de produção de desejo, mobiliza o dispositivo em questão, mas, paralelamente, o quanto estas estão encobertas pelas dinâmicas de relação e da micropolítica do serviço.

Os encontros interpessoais são marcas importantes do modo psicossocial, não são fatos menores, são acontecimentos singulares e inesperados, no qual emergem sentimentos vitais, que persistem e são registrados na história de vida, desencadeando fenômenos relacionados ao campo psicossocial, que Guattari se propôs a trabalhar no que chamou análise institucional (MOURA, 2003). Este aspecto ganha importância quando trabalhamos as questões relativas à produção de desejo no campo psicossocial, visto que este tem como pressuposto a implicação

subjetiva e a retomada de projetos de vida, mobilizados pelos agenciamentos do desejo, que precisa de um campo fértil para se produzir.

A análise dos serviços de saúde mental, desde a perspectiva de sua potencialidade para produzir rupturas com os processos de subjetivação capitalísticos e que promovam processos de subjetivação singularizados, desafia a pensar desde a ambiência destes espaços, os modos de relação possíveis, as propostas terapêuticas em curso, enfim a dinâmica do trabalho de vários ângulos e com sensibilidade para perceber pequenos processos, mas não menores ou insignificantes na conjuntura processual em que se encontram.

A produção de desejo implica no modo psicossocial, na retomada de aspectos da vida cotidiana, os quais se estabelecem as relações, os afetos, os sonhos, o trabalho, o conhecimento, enfim fluxos de sensações, sentimentos e experiências que compõe a vida individual e coletiva, mobilizando infinita vontade de inventividade e criatividade, de forma a produzir subjetividades singularizadas.

6.2 A Micropolítica no Modo de Atenção Psicossocial

Os serviços de saúde mental, entre os quais se colocam os CAPS - Centros de Atenção Psicossocial surgem no Brasil de forma oficial, após a promulgação da lei de reforma psiquiátrica, como espaços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, no cuidado à saúde mental de pessoas com sofrimento psíquico grave e persistente.

A proposta destes espaços envolve mudanças paradigmáticas fundamentais para a concretização de novas formas de pensar, estar e cuidar pessoas em sofrimento psíquico grave, com vivências de estigma e exclusão pela experiência da loucura.

Este paradigma proposto para o modo de atenção psicossocial a ser implementado nos serviços substitutivos, envolve mudanças técnicas, teóricas, políticas, ideológicas e contrapõe-se definitivamente àquele que constitui o modo asilar de atenção à doença mental, desenvolvido tradicionalmente nos hospitais psiquiátricos e em serviços clínicos de atenção psiquiátrica.

Construir e propor um novo paradigma coloca-se como um desafio para todos que trabalham com a concepção de cuidado em saúde mental em serviços

abertos e na ótica proposta pela reforma psiquiátrica. Costa-Rosa (2006), delineou e descreveu a proposta paradigmática para o modo psicossocial de atenção à saúde mental, trazendo entre outros pressupostos: a questão da implicação subjetiva de trabalhadores e usuários na concepção do trabalho; mudanças fundamentais no que se refere às relações estabelecidas por usuários e trabalhadores no âmbito dos serviços; as relações destas instituições com trabalhadores e usuários, com a clientela, com outras instituições da rede de saúde e da sociedade em geral.

Estas instituições constituem-se a partir de diferenças significativas das instituições asilares, porém ambas são organizadas segundo as características do modelo capitalista hegemônico na sociedade brasileira e que estabelecem relações de produção, de divisão do trabalho e relações de poder próprios deste modelo.

O modelo psicossocial passa a propor horizontalização de poderes e práticas compartilhadas de ação. A concepção do objeto de trabalho passa a ser a pessoa em sua complexidade e singularidade, trazendo mudanças no objeto pragmático de trabalho, a doença mental. As relações estabelecidas com a clientela, comportam questões éticas e políticas inaugurando uma ruptura no modo tradicional das instituições se organizarem, que prevê hierarquias, campos de saberes próprios e restritivos.

A ênfase dada pelo paradigma da Atenção Psicossocial, às questões subjetivas, intersubjetivas, de alteridade, de relações individuais e coletivas entre e com a clientela e desta com a sociedade, com resultados éticos e políticos, coloca o ambiente institucional, como um intermediário fundamental à possibilidade de afirmação deste paradigma.

Neste estudo, propõe-se então a análise de aspectos institucionais, a partir do referencial do modo atenção psicossocial de Costa-Rosa (2006) e do referencial teórico de Foucault para a leitura das situações encontradas no âmbito institucional. Delimitou-se as categorias de micropolítica da instituição com foco na concepção do objeto e meios de trabalho; nas relações estabelecidas entre os usuários, entre este e trabalhadores, quanto às relações de poder, de resistência e de potencia; na micropolítica dos espaços, quanto a flexibilidade no acesso e na ampliação destes para além dos muros da instituição; no uso do tempo no que se refere ao controle deste, na constituição de conexões e redes na instituição.

A micropolítica do processo de trabalho em saúde, segundo Merhy e Franco (2003), configura-se como o espaço de encontro entre trabalhadores, usuários e gestores, que ocorre no agir cotidiano, ambiente de construção de práticas e das dinâmicas estabelecidas na instituição. Cecílio (2008) coloca que a micropolítica nos serviços de saúde, envolve as relações que os diversos atores desenvolvem, formando uma rede complexa, mutável, constituindo suficiente estabilidade para desenvolver projetos comuns, porém sendo igualmente marcado por disputas, acordos, afetos e relações de poder.

Foucault (1992) refere que o poder não é um objeto natural, é uma prática social, construída historicamente. Ao fazer uma distinção entre um nível micro e macro de exercício do poder, buscou detectar e explicitar as características destas relações, que se diferenciam do poder do estado e de seus aparelhos. Com esta colocação explica que os poderes não estão localizados em nenhum ponto específico da estrutura social. Estabelecem uma rede de dispositivos ou mecanismos a que ninguém e nada escapa, estando disseminada na estrutura social. Este poder que permeia toda a sociedade, atinge a realidade concreta do individuo, o seu corpo e o corpo social, sendo denominado como micropoder, e existe integrados ou não ao estado.

O aparelho do Estado é um instrumento especifico do sistema de poder. A rede de poderes é parte da sociedade, ultrapassando aos poderes da máquina estatal. Segundo Foucault (1992) os mecanismos e técnicas de poderes, estão relacionados com a produção de determinados saberes que apresentam tecnologia e histórias especificas e se relacionam com o nível geral de poder constituído pelo aparelho estatal.

Foucault (1992) procurou entender e analisar o nível molecular de exercício de poder. Para entender a origem de todo o tipo de poder social, precisa se considerar a constituição dos saberes nas sociedades capitalistas, como determinantes nas relações de poder. O autor entende como falsa a ideia básica da negatividade de todo o poder, relacionada à maquina do estado, à repressão, ao limite sobre os cidadãos. Afirma que a dominação capitalista não se manteria apenas pelo exercício da repressão. Refere os aspectos positivos do poder, quando este é produtivo e transformador, quando opera sobre o corpo humano para

aprimorá-lo, possibilitando o uso de potencialidades e aperfeiçoamento gradual e continuo de suas capacidades.

Uma das teses fundamentais da genealogia do poder é de que este é produtor de individualidade. “O individuo é uma produção do poder e do saber” (MACHADO, 1992 p. 19). O autor considera que o poder não destrói o individuo, ao contrário, ele o fabrica. O individuo não se transforma, anulado pelo poder, ele é o próprio efeito do exercício de poder (MACHADO, 1992). O doente mental *é* um exemplo de produção do “individuo doente” que antes do estabelecimento do saber-poder psiquiátrico, não era portador de patologia e se configurava na diferença.

Benelli (2004), em um estudo sobre a instituição total como agência de produção de subjetividade na sociedade disciplinar, aponta que Goffman (1999), em sua análise institucional refere um poder modelador, ressocializador, mortificador, porém permite encontrar também em sua obra uma dimensão produtiva do poder, e coloca o poder como essencialmente de relação, sendo os lugares que estabelecem sua dinâmica. Está presente nas estratégias de atuação dos grupos, nas instituições e em toda a parte, em uma multiplicidade de relações de forças e de pontos de resistência.

Foucault (1992) introduziu o conceito de biopolítica, para designar uma das modalidades de exercício de poder sobre a vida, presente na sociedade desde o século XIII. Esta teria como objeto a população, e trataria dos mecanismos de domínio explícito do poder, afirmando o poder-saber como constituinte e agente de transformação e apropriação da vida da humanidade.

Foucault (1992) situa a biopolítica como uma estratégia ampliada, de exercício de biopoder. Os regimes de soberania, que se caracterizavam como aquele que *faz morrer e deixa viver*, tratava-se de um poder negativo, poder de retirada da vida, de subtração, limitador e restritivo. O biopoder contemporâneo é destinado a *fazer viver e deixar morrer*, produzir forças, ordená-las, gerir a vida e não exigir a morte. Apresenta-se como um poder positivo que se encarrega de controle e administração da vida com a pretensão de oferecer garantias a esta. (MACHADO, 1992).

O biopoder se expressa de duas formas principais a disciplina e a biopolítica. A disciplinarização ocorreu intensamente a partir do século XVII e objetivou a docilização dos corpos, através do adestramento dos corpos e na otimização das

forças. A biopolítica surge no século seguinte e incide então já não sobre os indivíduos, mas sobre as populações, regulando a espécie, o corpo, os processos da vida e os processos biológicos (MACHADO, 1992).

Na chamada tecnologia de dupla face que caracteriza o biopoder, as disciplinas, as regulações, a anatomo-política do corpo, a biopolítica da população, da espécie, as performances do corpo, os processos de vida, enfim, o poder impõe-se sobre a vida de ponta a ponta. Do corpo individual ao fenômeno global, abarcando a população de forma totalizante (PELBART, 2003).

O biopoder regula a vida desde seu interior, e exerce um poder sobre a vida da população quando se torna uma função vital que cada indivíduo incorpora e reativa de forma individual. O objetivo primário do poder é administrar a vida, e o biopoder refere-se à situação em que o objetivo do poder é a produção e a reprodução da vida (HARDT; NEGRI, 2000).

Nas falas dos usuários do serviço de saúde mental, encontra-se manifestações de percepções de aspectos de poder sobre a vida individual ou coletiva, quando se mantém dependentes ao longo da vida destes locais e que entendem sua vida como dependente de uma decisão de alta ou de recomendação médica para poder dar curso ao seu projeto de vida. As limitações de acesso a determinados espaços, pela eventual situação de crise, comprometer a preservação ou o funcionamento destes, também opera uma situação de controle sobre a vida individual e coletiva. Nas falas seguintes observam-se relatos de micropoderes presentes no espaço institucional.

> Ah eu não posso te dizer isso por que eu nunca vi (alta), poucas pessoas aqui tem alta. Então a maioria, eu sou um dos que está desde pequeno aqui. Eu tenho vinte e dois anos de saúde mental. [U1]

> Ele (médico) não vai largar a gente mal, também eu acho que se a gente tiver condições e chegar num lugar e tu ser aprovado por eles lá já com a carta, com a receita dele. Ele está apto pra trabalhar para fazer? De estar na sociedade? Eu acho que aí ele da alta. [U9]

> Hoje nós temos, três, cinco banheiros mais na realidade só dois são abertos. Que é um das mulheres e dos homens, a questão é que dos homens, a porta não tem trinque a gente não tem privacidade, quando está urinando tem um entrando, por que as vezes os funcionários da limpeza principalmente eles não querem limpar, daí ficam fazendo questãozinha pra fechar os banheiro, a maioria dos banheiros são chaveados, por que isso aqui é normal, isso aqui é um serviço de saúde mental e algumas pessoas estão descontrolada, algumas pessoas quebram as coisas, destrói, bebedouro, água. [U1]

> Os usuários colocam que é verdade que não tem privacidade no uso do banheiro. Não tem tampa no vaso, e alguns banheiros estão sempre fechados. Eles acham que para não ter que limpar os banheiros. Concordam que os usuários fazem mau uso do banheiro, sujam muito [...]. Sugerem que alguém cuide dos banheiros. Discutem quem poderia cuidar se os próprios usuários assumindo responsabilidades, por dias e turnos, ou os funcionários poderiam fazer mais vigilância, para apontar o mau uso. [DC 1- 05/08/11]

> Quando te colocam uma verdade que eles não querem ouvir, vai doer neles, então eles me separaram disso ai, isso aí, olha eu estou destruído com isso ai. Para tu ver que existe expulsão, eu sou excluído disso aí, eu não participo de segunda-feira da reunião. Tu me viu aqui? Não eles me tiraram, porque eu falo muita bobagem. [U9]

A biopolítica se refere a modos de dominação da vida, mas também a formas de resistência ativa e a biopotência, como potência de vida da multidão, através do trabalho vital, o poder de agir, poder positivo e constituinte. O mundo biopolítico é a tessitura incessante de ações geradas pelo coletivo, o desejo da multidão, onde a resistência pode tornar-se contrapoder (PELBART, 2003).

A potência de vida equivale à biopotência da multidão. O autor define multidão como plural, refrataria a unidade política. Sendo que povo é entendido como corpo público animado por vontade única; massa é definida como corpo homogêneo, sendo abolida toda a singularidade, a densidade é absoluta, e segue em única direção; representando o contrário da multidão que é heterogênea, dispersa, complexa e multidirecional (PELBART, 2003).

A biopotência entendida enquanto potência de vida do coletivo é um misto de inteligência coletiva, afetação recíproca, produção de laços, inserção em redes e projetos de vida coletivos. É o mundo conexionista, em que se tecem redes de conexões potenciais para viver a vida, sendo autônomo para conectar-se e ampliar seus projetos em mobilidade, nomadismo, evitando o enraizamento (PELBART, 2003).

Foi possível observar ações no serviço de saúde mental de Alegrete, que se pode associar a expressão de biopotência, quando ocorre mobilização, participação, interação no cotidiano do lugar onde se vive. As posturas ativas de usuários e trabalhadores no contexto do serviço e da cidade, denota atitudes potentes para favorecer a inserção na sociedade de forma cidadã, como presentes nas falas dos trabalhadores e nas observações realizadas no serviço estudado.

> (trabalhadora) Ela lembra também a presença dos usuários de seu grupo neste evento (entrega de um automóvel ao CAPS I) e em outros, acompanhando sempre que possível os acontecimentos na cidade e já convida a todos para a inauguração do CERESTE no próximo dia. [DC 1- 02/08/11]
>
> Observei que ela (trabalhadora) comunica ao grupo o que está ocorrendo na política de saúde no município, [...] vai possibilitando entender, conhecer o que acontece na cidade. [DC 1- 03/08/11]
>
> Membros da associação participam do conselho de saúde, com titular e suplentes e no conselho de assistência dividem uma cadeira com a APAE. [DC 1- 25/07/11]
>
> Na manha de sábado [...]. No programa na rádio comunitária são dados informes sobre diversas questões de interesse da sociedade [...]. A comunicadora é uma líder comunitária, conselheira municipal de saúde, participante da associação dos usuários, familiares e militantes da saúde mental, entre outras atividades. Estava no programa também uma representante da associação de usuários da saúde mental. [DC 2- 29/07/11]
>
> A participação no conselho, nossa saúde mental desde o inicio a gente acompanho as discussões da política de saúde, então a gente atravessava as questões nossas com as questões do SUS, isso foi empoderando também as pessoas a respeito dos direitos de saúde, o direito do usuário principalmente e o trabalhador no sentido de reivindicar as questões de trabalho, ainda que a saúde mental é a que mais investe em cuidado com o cuidador da secretaria de saúde. [T4]
>
> [...] Nós levamos para conferência de saúde mental mais de setenta propostas porque a gente pegou discutiu os temas com é bastante antecedência e grande parte das propostas que foram aprovadas nos grupos foram as propostas que nós elaboramos [...]. [T3]
>
> A parada nos ajudou a construí outras articulações com os setores e tá aparecendo uma coisa dos trabalhadores de educação de quererem discutir a saúde mental, gente tem e tem sido bem legal assim, eu já fui acho que em umas 2 ou 3 escolas, nós fizemos uma oficina do Fórum Gaúcho de saúde mental com esse olhar. [T4]
>
> Eu vejo muita potencialidade, muita potência, os usuários a participação dos usuários, a organização deles, a vontade deles de construír o sistema isso é tudo de bom né, isso é potencia pura e quando a gente propõe a formação é suporte mutuo é ajuda mutua e eles têm esse interesse mostra o quanto a gente tem um, um andar ai, uma trajetória ai para construír muito boa. [T4]

Guattari (2011) entende que a micropolítica é processual, ou seja, que constrói novos modos de subjetivação, e só pode ser encontrada a partir dos agenciamentos que a constituem, em novas práticas, na criação de novos referenciais, da capacidade de articulação com agenciamentos de enunciação. A micropolítica consiste em agenciar as coisas de modo que os processos de singularização, não se anulem mutuamente, e que de forma contrária estes possam se apoiar e complementar, de modo a intensificarem-se.

No modo de atenção psicossocial, o investimento está na potência de agir e garantir processos micropolíticos que favoreçam a ruptura com práticas tutelares, de controle do espaço e tempo, de administração da vida, de relações hierarquizadas e centralizadas em saberes hegemônicos, e condutas prescritivas e limitadoras.

As relações micropolíticas desencadeadas nas instituições de cuidado no modo psicossocial estabelecem compromisso ético com a clientela, com a garantia de construção de espaços que potencializam a autonomia, a criação, a singularização, a produção de sentidos e de desejos, e agenciamentos para a produção de outros modos de existência.

A resistência às formas manicomiais de cuidar e de estabelecer a dinâmica de trabalho e relação, no interior dos serviços de atenção psicossocial, se estabelece como biopotência, à medida que agenciam fluxos na perspectiva de construção de espaços de criação, produção, afetividade, alteridade e subjetivação.

As transformações dos modos de intervenção no campo de saúde mental se focam no dispositivo institucional, enquanto espaço intermediário para a atenção psicossocial, propondo modificações em sua configuração de forma integral, desde a concepção de seu objeto de trabalho, dos meios e instrumentos de intervenção, as formas de organização, o relacionamento com a clientela, e compromissos éticos e políticos (COSTA-ROSA, 2006).

Em relação à concepção do objeto e dos meios de trabalho, no modo psicossocial, a ênfase é colocada no individuo em seu mundo relacional, incluindo família e seu entorno social. Considerando que a loucura não é um fenômeno apenas individual, mas também coletivo, amplia-se a perspectiva de atenção.

A pessoa encontra-se no centro do processo de cuidado, incluindo o seu sofrimento psíquico, seus conflitos e suas potencialidades e projetos de vida. A implicação subjetiva, que se refere ao reposicionamento ativo da pessoa frente aos seus conflitos, reativa seu poder de decisão, passa a ser objetivo a ser alcançado pelas ações de cuidado em saúde mental.

Os meios de trabalho que incluem os dispositivos técnicos, interprofissionais, superando os especialismos, na configuração de uma clínica ampliada, com recursos diversos dos diferentes saberes do campo psicossocial, devem dar prioridade ao cuidado em liberdade e a inserção social.

Considerando a concepção do objeto de trabalho no modo psicossocial, que tem como foco a pessoa e seu projeto de vida e saúde, coloca-se uma ruptura com o modelo que instituía a doença como o centro da atenção e a cura como objetivo final. Esta é uma mudança radical, e implica em outros meios de trabalho e outras dinâmicas no cotidiano da instituição. O modelo tradicional médico-centrado, prioriza as questões biológicas e sintomáticas, tem como instrumento de trabalho principal, a medicação. Esta postura leva a relações mais distantes com a pessoa em sofrimento e a equipe que cuida, e tendo a cura como objetivo, limita as possibilidades de novos arranjos de produção de subjetividade, saúde e melhoras na qualidade de vida.

O modo psicossocial amplia seus recursos terapêuticos, com técnicas e saberes variadas e diversas modalidades de intervenção, nas áreas médicas, psicológicas, sociais, laborais, de lazer, de conhecimento, de direitos e outras. Nesta perspectiva os meios de trabalho, passam a serem desenvolvidos por equipe interdisciplinar alterando-se a forma de relação estabelecida entre profissionais e usuários, as demandas de cuidado e os processos de atenção estabelecidos (COSTA-ROSA, 2006).

Para Rotelli et al. (1990) a desconstrução de paradigmas históricos no campo de atenção psiquiátrica ocorre, quando se deixa de buscar a cura da doença mental e desloca-se o foco para criação de espaços de vida, de sociabilidade, de reposicionamento subjetivo, para quem sofre os efeitos da exclusão e segregação do corpo social. Para Merhy (2007), estas mudanças paradigmáticas no âmbito psiquiátrico, envolve o trabalho com foco nas tecnologias leves, ou seja, nas relações, vínculos e espaços de escuta e troca entre aqueles que se propõem ao cuidado e os usuários do serviço de saúde.

No contexto do CAPS de Alegrete se identifica aspectos relacionados à micropolítica do trabalho institucional quanto a concepção de objeto e meios de trabalho, em especial no que resulta em trocas e relações entre os atores do processo, trabalhadores e usuários, enquanto produtores de dinâmicas em sua ação cotidiana, dando vida ao espaço de cuidado.

> [...] eu avalio que é excelente assim a nossa, nosso vínculo é bom, mas talvez nos falte um pouco mais de coragem para falar as coisas, para reclamar, para pedir. A gente tem esse (ri) vínculo, mas talvez por querer manter esse vínculo amigável não fique cobrando e exigindo [...]. [T10]

> [...] eles avaliam como é que está o andamento da pessoa, é muito bom. Eles avaliam acho que todos os aspectos. Eles fazem perguntas, eles se interessam. Olha, dão um telefone para nós se nós precisarmos. Olha, não fiquem sozinhos se precisarem, liguem, que o pessoal daqui tem responsabilidade com vocês [...]. [U11]
>
> Na oficina de música com a oficineira [...]. Cantam o canto alegretense com emoção, estão muito animados. Mas ainda estão cantando sem uma uniformidade, as vozes são destoantes, desafinam e cantam com animação, a professora não procura corrigir as dificuldades para cantarem mais em conjunto [...] L, canta sozinha e dança sem se importar com os outros. Observa-se o quanto o canto faz bem para alguns [...]. [DC 1- 25/07/11]
>
> (futebol). Estão muito alegres, divertem-se. A oficineira fica como juíza. Eles brincam, [...]. Tem música ligada, uma usuária dança o tempo todo sozinha, ela não interage com ninguém. [DC 1- 26/07/11]

Essa dimensão das relações em que se operam as interações entre as pessoas, nos serviços de saúde, devem ser permeáveis às inovações, e devem considerar as interferências de saberes múltiplos e não necessariamente técnicos, sendo as interações humanas aquelas determinantes à produção dos serviços na área da saúde (MERHY, 2007b).

O espaço do serviço de atenção psicossocial pressupõe a escuta qualificada, o acolhimento, as visitas domiciliares, enfim práticas que podem ser desenvolvidas por qualquer profissional das equipes, o que favorece o foco do trabalho centrado na pessoa, e possibilita os processos intercessores que caracterizam o trabalho vivo e as tecnologias leves, como potência relacional deste modo de cuidado.

Relacionando ainda as falas anteriores aos aspectos observados no serviço, o objeto de trabalho no modo psicossocial, é possível vislumbrar que deixa de ser o sintoma, a doença e a cura, e passa a ser a pessoa, a produção de subjetividade, os modos singulares de experienciar a vida e de sentir-se afetado pelas interações individuais e coletivas que se produzem nestes locais.

Lancetti (2008) coloca que a ação combinada, da socialização do conhecimento, a distribuição dos saberes, a concepção de trabalho na perspectiva do território existencial, no qual se priorizam as relações de afeto, cooperação e produção de saúde mental, tem a potência necessária para romper com a carreira burocrática e limitada das instituições tradicionais de atenção psiquiátricas.

Conhecendo a forma como as pessoas elaboram suas concepções acerca do adoecimento, e das condições de saúde; seus hábitos de cuidado com a saúde;

como desejam ser escutados e tratados; seu modo de vida e de trabalho; é possível intensificar os projetos terapêuticos singulares e a proposição de ações resolutivas, centradas no acolhimento, nas relações horizontais e na distribuição de responsabilidades pelo cuidado, não apenas entre as equipes, mas entre os usuários da rede atenção de saúde mental (CECCIM; FERLA, 2006).

Para Pelbart (2003), o cuidado na atenção psicossocial relaciona-se a produção de mobilização individual e coletiva para ocupar os espaços domésticos e sociais, de produzir bens e conhecimentos, de fazê-los circular, de reinventar a corporeidade, de exercer a solidariedade, de lidar com o prazer e com a dor.

Para Guattari (1990), o modo psicossocial propõe um paradigma ético-estético-político que direciona a clínica para a criação de territórios existenciais, para relações de implicação com o meio ambiente, com a sociedade e com a possibilidade subjetiva de afetar e ser afetado.

Guattari (1990) usa o termo paradigma ético-estético e político para falar de um universo de referência, que se contrapõe ao paradigma técnico-cientifico, compreendendo as dimensões humanas da subjetividade e das relações sociais. Esta dimensão estética relaciona-se ao desejo, a sensibilização, as relações de alteridade e à singularidade humana, enfim a produção de territórios existenciais, que promovam uma mudança critica dos modos de existência e das lutas sociais. Esta articulação ético-política que é denominada ecosofia, envolvendo registros ecológicos: meio ambiente, relações sociais e subjetividade humana, e se opõe ao modo capitalístico de subjetivação.

Segundo Guattari (1992 p. 137) “o paradigma estético, comporta implicações ético e políticas porque quem fala em criação, fala em responsabilidade de instancia criadora em relação à coisa criada.” Todo o campo permeado pela dimensão estética, defronta-se com a dimensão ético-política.

É possível compreender que relações se produzem no serviço estudado, quanto à possibilidade destas desencadearem mobilizações individuais e coletivas, que permitam a ocupação de territórios subjetivos e de espaços na vida em sociedade, a partir das concepções de cuidado referidas.

> Levam para praça, levam para coisas, para fazer uma atividade na rua por exemplo, se tem alguma festa que é, que nós precisamos participar. Nós vamos [...] para poder. nós comunicar mais com eles. [U2]

> [...] As terças-feiras eu venho de tarde. No caso de ontem, para bater uma bolinha. Isso aí eles dão oportunidade. Tem jogo. Tem coisas assim. Tem jogo, tem dominó, quebra-cabeça, tem de tudo que a gente quiser. Aí, eu acho uma maravilha isso aqui, não tenho do que me queixar. [U4]
>
> Bom, a gente se sente tão feliz sabe, por que o professor [...] está fazendo um excelente, assim administrando bem. Então a gente tem apoio deles, tanto das enfermeiras, como das psicólogas e das doutoras. A gente se sente amado. [U9]
>
> Então acho que a gente tem que se ocupar mais com a questão da emancipação para o lado social de inclusão social [...] que tenham investimentos em geração de renda, [...] estimulando as equipes a construírem um projeto, projetos terapêuticos. Já que nós estávamos falando na questão anterior, projetos terapêuticos que incluam o trabalho, a autonomia. Senão fica sempre a mesma coisa, grupos, consultas, atividades com os familiares e aquela pessoa sobrevive autônoma na sociedade. Onde é que entra essas atividades a esse projeto terapêutico?. [T4]

As experiências encontradas neste serviço se colocam como dispositivos coletivos e grupais, que trabalham com a perspectiva da sociabilidade, ajuda mútua e de empoderamento. As ações estão voltadas concretamente para a vida no cotidiano, e no espaço social, que Lancetti (2008), nomeou de clínica artesanal, por se construir a partir dos acontecimentos. A dinâmica institucional e as áreas de atuação profissional podem se abrir para espaços comuns, formulando iniciativas de ordens diversas, que podem partir de qualquer dos campos de saberes e também da sensibilidade e da experiência de vida dos trabalhadores e das pessoas em situação de sofrimento (LANCETTI, 2008).

O serviço de atenção psicossocial, como é possível observar, pressupõe o cuidado com características complexas, considerando que pensar, fazer, sentir, afetar e ser afetado pelo cuidado envolve imprevisibilidades, disputas e negociações. Ainda assim, o cuidado se realiza num campo amplo de possibilidades com implicações individuais, coletivas e institucionais (AVENA, 2009).

As políticas de saúde, que trabalham na perspectiva de políticas de subjetivação, como processos contínuos de produção de modos de existência, podem colocar-se de forma a potencializar ou limitar a experiência vital. A política que afirma a singularidade enquanto modo de vida é indissociável da liberdade, da ética, do pensar e agir. Neste sentido, as políticas de subjetivação podem investir na criação, no devir, na diferenciação que nos constituem, nas resistências que produzimos (MACHADO; LAVRADOR, 2010).

Guattari (1993) coloca a possibilidade de uma reapropriação existencial que reative os desejos, a liberdade, o poder de afetar e ser afetado, e que possa suscitar a invenção de outros modos de vida, acreditando na constituição de processos de singularização ou criação de linhas de resistência.

A possibilidade de criar seus próprios sistemas de referências, a partir de processos de autonomia, de diferenciação, de modos de relacionar-se e constituir seus espaços de vida, implica em operar seu próprio trabalho de semiotização da realidade. Pode-se entender estes movimentos como linhas de fuga, que produzem rupturas com sistemas de dominação, de serialização e de homogeneização, e estabelecem processos que podem caracterizar o que Guattari e Rolnik (1996) chamaram de revoluções moleculares ou singularização.

O serviço de atenção psicossocial pode configurar-se como espaço intercessor, onde se faça possível à ruptura com processos de sofrimento e adoecimento que podem se referir ao modo de relacionar-se, de submeter-se a situações de vida em que não exista potência para criação, para resistências e para a alteridade. O espaço do serviço de saúde mental pode colocar-se como máquina de subjetivação no sentido da singularidade, de potencia e diferença.

No serviço de atenção psicossocial estudado, encontram-se estes processos de intervenção no cotidiano, de modo a produzir mobilidade subjetiva individual e coletiva, entre usuários e trabalhadores, quando se vivencia momentos especiais de solidariedade, de trocas afetivas, de responsabilização pela própria vida e pelo cuidado com o outro, assim como pelas iniciativas de criação e experimentação do novo e do inusitado. E quando trabalha com estes recursos, ganha potência de máquina que capaz de produzir subjetividades singularizadas. Nas transcrições a seguir, pode-se encontrar estes movimentos.

> (relato de um grupo) Então duas usuárias tomam a palavra e dizem que hoje é dia dela (terapeuta-aniversariante) receber, e que eles querem devolver algumas coisas que ela deu a eles e informam que farão uma dinâmica que prepararam para o grupo. Entregaram um saco de TNT vermelho, onde está escrito, MENTALEIROS 2011. Dentro tem muitas frases que elas propõem serem pegas pelas pessoas e lidas por cada um, com comentários. Se desejarem e se for possível [...]. As pessoas foram tirando as frases, lendo e comentando, foi muito significativo e até emocionante ver a clareza, os sentimentos, as emoções envolvidas. As pessoas referem que muito destas frases são lições para elas, terem ajudado elas se reerguerem. Algumas já estão de alta e retornam para compartilhar com os amigos e com a [...]. Observo muita emoção neste

> encontro, há muita demonstração de empoderamento, de autonomia, de crescimento pelo que as pessoas colocam no grupo. [DC 1 – 27/07/11]
>
> Ah, a gente está sempre com as portas abertas, até a gente pede participem mais. Porque tem alguns familiares que nem participam, só mandam os usuários [...]. Dai a gente está sempre. quando a gente leva em casa, a gente tenta conversar [...]. Quando eu vou levar, eu converso um pouco com a mãe dele com o pai dele [...]. Ele não, ele não agita mais como agitava antigamente, antigamente ele era mais agitado. [T8]
>
> É um serviço que tem muita gente, muito usuário. Então cada lugar cada atividade é uma outra intervenção assim como se existisse um outro serviço dentro, isso é uma coisa que a gente tem há muito tempo, e aí tenta estimular as grupalidades. A gente faz as atividades, as dinâmicas de grupo e valoriza as pessoas que vão lá. [...]. A gente tem uma coisa assim, o tratamento o cuidado em saúde mental, ele é um cuidado muito em longo prazo, talvez permanente. Eu antes me incomodava um pouco porque eu achava que a gente tinha que dar alta. Hoje os usuários me ensinam outra coisa, que é o grau de autonomia. Sabendo que lá tem referencia e que essa alta não é aquela alta que todo mundo bota na cabeça, que vai ter alta e não vai voltar mais. Então a gente tem vários processos de alta e essa alta quer dizer muita coisa para muita gente e de forma diferente. [T4]
>
> Eu sim, porque as vezes eu digo as coisas, eu não sou de ficar quieta, eu chego lá e falo. Eu quero falar tal coisa. Me ouvem, eu vou lá, eu converso lá na prefeitura, eu falo porque não vou, ficar guardando coisas, porque o que é bom para mim, é bom para os outros. [U11]

As questões relativas à ética**,** na perspectiva de Costa-Rosa (2006), implicam em trabalhar com foco na singularização, na horizontalização, na interlocução e implicação subjetiva. Estas concepções possibilitam as trocas afetivas, solidárias e de responsabilidade com o coletivo, partem de uma postura política assumida nos pressupostos da reforma psiquiátrica, para nortear os rumos deste, enquanto movimento social. Assumindo compromisso com uma sociedade democrática e de cidadania, favorece aos usuários dos serviços de atenção e aos trabalhadores o desenvolvimento destas concepções em suas existências. Segundo Rotelli (1994) a multiplicidade de trocas entre as pessoas pode ser possibilitada pelos serviços, e estes entre as diferentes subjetividades produzindo diferenças nas relações e na sociedade em que se incluem.

O compromisso do trabalho alicerçado em uma ética do cuidado, de existência cidadã e de respeito à dignidade e direitos da pessoa é pilar da proposta antimanicomial. Quando se faz presente no cenário dos serviços de saúde e nas ações e dinâmicas construídas, transpassa estes locais e se consolida na existência das pessoas, através de atitudes e iniciativas concretas, de solidariedade e de responsabilidade social.

O serviço de atenção psicossocial de Alegrete, demonstra estes movimentos que partem de usuários, familiares e trabalhadores, relativos ao exercício de uma ética afetiva e compromissada com políticas e mudanças sociais, para o mundo em que vivem. A associação dos usuários da saúde mental, organizada por estes segmentos, desenvolvem diversas atividades para além dos interesses diretos, relacionados ao CAPS e as questões da saúde mental. Apresentam inserção em diversos projetos de ordem comunitária, demonstrando postura cidadã e de responsabilidade social.

> Referem algumas lutas desta associação, entre outras: pela moradia transitória, pela casa do idoso, pela universidade, inclusive participando em reunião em Brasília com o Ministro da Educação, na luta pela universidade em Alegrete, passe livre, projeto para a criação dos demais CAPS, alimentação, SRT (movimento construído pela comunidade pelo prédio). Este foi projeto votado pelo movimento popular, na consulta popular, para terem mais leitos no hospital geral, entre outros. [DC 1- 25/07/11]

> A associação mantém um trabalho importante, que é a oficina dos documentos perdidos, recolhendo documentos nos lugares como rádios e outros e fazendo uma procura de seus donos para proceder a entrega. É um serviço de utilidade pública, que traz reconhecimento para a associação. A ideia é mostrar a sociedade o quanto os usuários podem assumir responsabilidades. Participam de um projeto ambiental, fazendo registros fotográficos do rio e de suas mudanças pela poluição Envolveram-se na luta pelo ônibus comunitário adaptado. Membros da associação participam do conselho de saúde. [DC 1- 25/07/11]

A dinâmica estabelecida em serviços que permitem espaços de criação, relações, alteridade e de intersubjetividade em seu âmbito de abrangência, favorecem também espaços de retrocessos, de aprisionamento, de captura das potências de criação e resistência, que são resultantes de processos de conservação, reprodução e manutenção de modos de existência. Estes se relacionam a produção de subjetividade capitalística, que opera de forma a homogeneizar e controlar, através da serialização e normatização individual e coletiva.

Estes movimentos que interrompem os processos de subjetivação de ordem maquínica, que ao contrário de potencializarem novos territórios existenciais, estão na contramão deles, afinados com o sistema capitalista, colocam-se a serviço do controle, do assujeitamento e da dominação. Tais movimentos estão presentes na vida em sociedade e no interior dos serviços de atenção psicossocial, nas relações interpessoais e nas práticas de cuidado.

As atividades propostas nos serviço de CAPS, assim como os objetivos a serem alcançados pelos serviços de atenção em saúde mental, mantêm ainda aspectos estruturados na lógica tradicional de atenção a doença mental. Isto é, encontram-se alicerçados nas propostas de remissão da sintomatologia, assim como da adaptação das pessoas com sofrimento psíquico a vida familiar, social e produtiva. Nesta lógica não há espaço ou prioridade para os processos de subjetivação, singularização, criação, produção de desejo e diferença.

Os tensionamentos produzidos no fazer cotidiano dos serviços de saúde mental, promovem movimentos distintos, entre os quais agenciamentos, deslocamentos, inovação nas relações, nas práticas de cuidado, e empoderamento; e por vezes bloqueios, submetimentos, anulação de potencial criativo, práticas de controle, de interdições e de contenção de desejos.

Nas falas e observações seguintes, aborda-se aspectos que limitam, as relações e dinâmicas de trabalho, no interior do serviço, em contraposição aos avanços já registrados, nas informações anteriores. As dificuldades de efetivar as relações de negociação e contratualização com os usuários, respeitando a proposta de construção conjunta dos planos terapêuticos, traz uma fragilidade para a afirmação da proposta em curso neste serviço. Os profissionais, como é possível perceber nas falas de entrevistas, definem o projeto terapêutico, de forma unilateral.

> (sobre o PTI) Minha psicóloga se eu vou dizer uma coisa ela não me atende oh (estala os dedos) [...]. Não sei [...] não gosta de me atender. (Quem decide o PTI) é a oficineira, conversaram. Olha segunda tu vem para oficina e quarta e sexta tu vens para aula [...]. [U8]

> Aqui no caso quem decide: tal usuário vai para tal oficina ou para outra é a a terapeuta ocupacional [...]. Ela que decide. [T14]

> Quem decide sobre as oficinas, são os profissionais, mesmo que o usuário, não goste da atividade indicada, tem que ficar. [DC 1-04/08/11]

> Esses trabalhos manuais para ocupar a mente daquelas pessoas. Isso ai é pedido do pessoal [...] eu sim, porque as vezes eu digo as coisa eu não sou de ficar quieta. Eu chego lá e falo. Ah, eu quero falar tal coisa, me ouvem. [U11]

> Por que é a mesma coisa que a gente falar para o vento, se é para botar um boneco como um fantoche para gente se ouvido. Melhor botar um boneco então do que botar uma pessoa para ouvir, tem que resolver os problemas. Não ser só ouvido. Ouvir qualquer um ouve, todo mundo ouve. [U1]

As relações que demandam uma escuta qualificada e efetiva passam a ser priorizadas e solicitadas pelos usuários, que entendem a proposta ética que comporta a proposta de cuidado de atenção psicossocial. A operacionalização de novas modalidades de relações, em processo neste serviço, encontra atravessamentos a serem revistos, por todos os envolvidos.

Nesta trama de rotinas, procedimentos, saberes, fluxos, relações e redes vão se tecendo o cuidado em saúde, num processo de construção, complementação, mas também de configuração de relações de poder, que refletem disputas, hegemonias, políticas e interesses múltiplos (CECILIO, 2008).

O momento de afirmação de uma política de atenção em saúde não ocorre sem um período de luta, entre os atores do processo, entre interesses, poderes e saberes constituídos. Essa construção não se dá sem a dimensão micropolítica da subjetividade (BARROS, 2003).

Os aspectos da micropolítica nos serviços de saúde envolvem as relações, que podem se constituir como vetores de transformações, mudanças e criações; como também de determinações, manutenção e conservação. É o caráter destas relações entre os atores dos processos, que entendemos como micropolítica das organizações de saúde e que produzem o cuidado em saúde (CECILIO, 2007).

As mudanças ocorridas no espaço assistencial, decorrentes da reforma psiquiátrica, não garantem transformações no modelo de produção de cuidado, se o conjunto das pessoas envolvidas, ou seja, usuários, trabalhadores e gestores não protagonizarem outras relações nas práticas diárias e no interior dos serviços de atenção psicossocial. As alterações devem incluir necessariamente a rede de relações de poder que permeiam o espaço de atenção psicossocial.

Estabelecer novas formas de relacionamentos que superem as fronteiras demarcadas pelos campos distintos de saberes, a autoridade da gestão, as normatizações da política e a burocratização das organizações, assume uma característica de resistência biopolítica, por que impede a captura das formas absolutas e institucionalizantes de viver e reproduzir as relações no serviço de atenção psicossocial.

O exercício de reformulação dos espaços, das relações e dos dispositivos que atravessam o ato do cuidar, pode concretizar-se como um vetor biopolítico. Está presente no enfrentamento das relações de poder marcadas pela característica

disciplinar e de controle, que o biopoder mantém, desde as formas tradicionais de pensar o cuidado, até o modo como se impõe pelos saberes e técnicas das formações profissionais e nos serviços constituídos mesmo em meio aberto e inserido na comunidade.

O poder está em circulação, portanto não o entendemos como fenômeno de dominação, centralizado sobre algo ou alguém, e sim como um jogo entre indivíduos ou grupos. São estas relações que devem ser analisadas, quando se pensa o serviço de saúde mental, através de sua micropolítica para entender estas correlações de forças. Estas quando em desequilíbrio, ocasionam situações de coação, de interrupção da própria relação, de impossibilidade de resistências.

As relações de poder disparam possibilidades de resistências, linhas de fugas, porque só há relações de poder quando existe a possibilidade de escape, de enfrentamento e posicionamento. Quando estas possibilidades deixam de existir, instaura-se a violência e a dominação (MACHADO; LAVRADOR, 2010).

Foucault (1995) afirma que o poder opera sobre o campo de possibilidade dos sujeitos ativos, incitando, desviando, facilitando ou dificultando, ampliando ou limitando possibilidades; quando não circula o poder, pode coagir ou impedir, mas sempre envolvendo sujeitos ativos. Cada pessoa pode reforçar poucos ou muitos dispositivos de poder em sua vida cotidiana, no âmbito mais particular ou coletivo.

O biopoder opera através da produção de modos de existências, que estabelecem uma ordenação da vida, de forma a investir e controlar o espaço-tempo das pessoas e populações de maneira a determinar políticas de subjetivação, das quais a vida procura continuamente escapar, através da criação de linhas de fuga e resistências (MACHADO; LAVRADOR, 2010).

O exercício de controle do tempo e de empoderamento dos profissionais em relação aos usuários ainda está presente nos espaços substitutivos, como estratégia de organização, mas que expressam a manutenção do poder técnico e da submissão em que se colocam as pessoas para quem se destina o serviço e o cuidado, repetindo aspectos da lógica manicomial.

Exemplos destas situações podem ser observados no serviço estudado, onde há uma postura tradicional na consulta médica, com o foco no sintoma, assim como cobranças por faltas ao atendimento e por condutas assumidas na vida cotidiana. Esta regulação da vida dos usuários pode estender-se a vida privada e às

escolhas pessoais, com intervenções que limitam suas escolhas, mesmo que estas comprometam aspectos relacionados aos cuidados em saúde. Movimento possível de associar ao conceito de controle panóptico, descrito por Foucault (1992), como aquele modo de exercício de controle, que nas instituições assim como em qualquer âmbito social, encontra-se difuso, sabe-se que existe, mas não se vê. Mesmo com uma tentativa de abordagem mais próxima, o profissional se detém realizando consulta formal e reproduzindo controle sobre a conduta do usuário, tal como parece nas observações abaixo relatadas.

> O médico revisa a medicação, cobra falta no atendimento anterior. Porém o usuário responde não ter faltado nunca, e diz que o médico é que não carimbou da ultima vez. Ele aceita a alegação e faz as receitas. O médico ainda diz que é bom ter um amigo. Ele diz que prefere ficar mais só. Encerra-se a consulta. [DC 1- 27/07/11]
>
> Usuário questionou o fato de ser cobrado sobre o horário de chegada ao CAPS enquanto outros chegam quando querem sem ser cobrados. As funcionárias disseram que há pessoas que tem dificuldades na locomoção e moram muito longe do serviço e por isso chegam atrasadas. [DC 2- 01/08/11]
>
> O profissional [...] entrou na sala e disse ao usuário que ficou sabendo que no dia anterior ele estava no bar bebendo. O usuário confirmou. Disse que bebeu cerveja e que chegou em casa as 20h [...]. O usuário disse que nunca mais iria beber. O [...] disse que ele já falou isso várias vezes. [...] disse ao usuário que estava de olho nele [...]. [DC 3- 26/07/11].

Os serviços de atenção psicossocial colocam-se como espaço para a multiplicidade e singularização, que possibilitem a reapropriação de territórios existenciais. Para tal, desenvolvem dinâmicas relacionais em sua conformação institucional, que podem responder a sua proposição original de disparar potencias de vida ou podem por para funcionar relações de submissão e homogeneização.

As dinâmicas que permeiam as relações estabelecidas nestes serviços, tornam-se visíveis nas práticas e métodos de trabalho. A busca de ruptura em relação às práticas segmentarizadas e burocráticas, no cotidiano da instituição, se fazem presente no serviço de CAPS estudado, conforme fica claro nas transcrições de falas e observação; parte da iniciativa e compromisso de trabalhadores identificados com os pressupostos da reforma psiquiátrica e que entendem o modo psicossocial como paradigma teórico e técnico a ser construído na realidade. Porém, sendo estas mudanças estruturais, conceituais, políticas, éticas entre outras,

mobiliza concepções de saberes e modos de fazer em todos os membros da equipe, o que se torna extremamente complexo e experimenta movimentos de avanços e retrocessos neste processo.

Os relatos seguintes apontam para retrocessos, manutenção de poderes originários de campos de saberes e de práticas hegemônicas no fazer tradicional de atenção psiquiátrica. A manutenção do uso da medicação como principal proposta de intervenção; as relações hierárquicas de chefias, no interior de uma equipe que deve trabalhar com relações horizontais; as definições de participação nas oficinas pelas vagas oferecidas em detrimento das necessidades; e a escolha pessoal do profissional definindo a modalidade de atendimento individual ou grupal.

> Eu acho que a gente medica muito sabe. Muito remédio sabe e não é uma questão nossa aqui de Alegrete, é uma questão de saúde mental do SUS. Sempre que tem uma dor, primeira coisa é dar um remédio, em vez de tentar ouvir, conversar, pensar outras soluções, outras alternativas. [T4]

> Mas eu vejo que ela tem muito essa autonomia de definir, por ela até ser a chefe lá das oficineiras, ela que meio que coordena as oficinas terapêuticas. Então ela sempre em reunião, deixou bem claro, olha tem que passar por mim e tal que vou definir qual oficina está mais cheia, está mais vazia, eu que vou fazer os encaixes [...]. [T13]

> Discute-se a questão da atenção à família. Eles reconhecem que precisam investir mais no atendimento familiar. [...] vão iniciar o grupo de família. Pensam em iniciar o foco pela patologia e medicação. [DC 1- 26/07/11]

> A psicóloga [...] em conversa com os pesquisadores, refere gostar e confiar mais no atendimento individual. Sabe que no CAPS é preciso fazer atendimento em grupo, porém entre a equipe, elas procuram indicar, aqueles que têm indicação para individual para ela. [DC 1 -26/07/11]

> O profissional [...] coloca em reunião com os pesquisadores, que alguns psicólogos não querem fazer grupos [...] teve que se pressionar para que cada uma oferecesse um espaço para grupo. Funcionou um pouco, porque se criaram alguns grupos, mas com poucas vagas novas. [...] demonstra preocupação com muitas situações do grupo. [DC 1-28/07/11]

A manutenção de atitude e práticas no cotidiano do trabalho que reforçam aspectos de estruturação do serviço, atrelado a rotinas, procedimentos e hierarquias, colocam-se de forma a interromper os processos dinâmicos de singularidade e de intersubjetividade. Estes locais compõem um universo que envolve questões macropolíticas, que direcionam seu funcionamento, de forma mais geral, e micropolíticas que se constituem nas mais conflitantes e diversificadas, por que se referem a tudo que diz respeito a sua operacionalidade. Sejam estas, no

âmbito das relações, entre os profissionais, entre os usuários e a comunidade de referência; as demandas técnicas, que incluem: objetivos, instrumentos técnicos, saberes, entre outros; assim como questões éticas e políticas que estão colocadas para o serviço de saúde.

Este espaço de cuidado carrega em sua constituição uma demanda social, à qual profissionais e usuários, no seu plano mais micro, no cotidiano dos serviços procuram responder, atentos as mudanças paradigmáticas que estão propostas no ideário da reforma psiquiátrica, e que se relacionam a concepção de loucura e ao modo de cuidar de pessoas em sofrimento mental. Para concretizar esta proposição, percebem-se os microprocessos desencadeados, nos detalhes de suas relações, nos espaços que precisam de um mínimo de enquadre, para dar um plano de consistência ao serviço, porém que permita a produção de desejo e de processos singulares, que fujam aos determinantes da ordenação e do controle da máquina institucional.

A construção permanente da dinâmica de trabalho, na forma de organização dos serviços de saúde mental, coloca estes dispositivos em processo, o que significa em movimento, local onde a experiência do cuidado em liberdade, com a proposição do paradigma psicossocial está em andamento. O serviço de saúde mental estudado apresenta esta característica processual em seu trabalho. Onde se pode encontrar posturas de usuários e profissionais que demonstram um movimento de resistência aos poderes das técnicas e saberes tradicionais, assim como a situação de tutela, adaptação e acomodação ainda presentes.

As relações assistenciais, de benefícios e que demonstram a presença de tutela nas relações com os usuários, igualmente permitem pensar em objetivação da pessoa em tratamento, porque a coloca em situação de dependência e de incapacidade na relação com seu próprio processo de cuidado. Guattari e Rolnik (2011) referem que processos de infantilização, de dependência, de segregação, que se processam na sociedade capitalística têm como objetivo, mediar todo o comportamento dissidente, garantindo a sociedade dos iguais e rompendo com as possibilidades de subjetividades singularizadas. O conjunto de benefícios, de possíveis ganhos ou responsabilização que o estado assume, garante a este o controle sobre segmentos da população, o que pode se identificar como um biopoder.

A política nacional de saúde mental propõe medidas compensatórias e de benefícios para as pessoas em sofrimento psíquico severo e persistente, que estejam impossibilitadas de desenvolver atividades laborais. Também estabelece outras iniciativas de cuidado no interior dos serviços, que podem representar ganhos significativos para pessoas em vulnerabilidade social, tais como alimentação, transporte entre outras. Estes podem se caracterizar como vantagens e favores na visão dos usuários, estimulando a muitos a permanecerem nos serviços, repetindo a situação de institucionalização.

> A se o fulano ganha, o alimento aqui dentro vai mudar, isso e isso, já não vai ser mais assim. [U5]
>
> Acho bom, para mim está bom. Ótimo porque a gente já tem o privilegio de estar, de participar do almoço não é?. [U9]
>
> O usuário [...] diz que o CAPS foi muito bom para ele. Está feliz de ter o almoço e o lanche. Ainda não é aposentado, precisa muito se aposentar. [DC1-25/07/11]
>
> A usuária [...] informa que está sentindo-se bem por ter colocado os dentes, a prótese, agradece a ajuda do CAPS, por terem encaminhado este atendimento. [DC1-25/07/11]
>
> Dividem as medicações injetáveis que devem ser feitas em casa. Questiono sobre o porquê das visitas, ela (técnica de enfermagem) diz que já se acostumaram assim, e que se não vem e elas não vão é pior. [DC1-02/08/11]

A forma como o serviço administra o acesso e trabalha com os usuários o uso destes insumos, pode gerar dependência, e acomodação ou contribuir temporariamente para o tratamento e para a retomada de vida autônoma dos usuários.

Neste serviço encontram-se percepções destes recursos de ambas as maneiras. Muitos usuários encontram-se dependentes e ressaltam ganhos individuais por estarem inseridos no serviço de saúde mental. No entanto a perspectiva de profissionais demonstra o cuidado com este aspecto, e a preocupação em não utilizar de forma assistencialista estas ações.

> Até muitas vezes nos olham até com uns olhos meio, os outros pacientes e até outra pessoas que vão lá. Nós podemos ficar? Porque tem benefício coisa e tal. Porque a gente consegue benefício, consegue BPC para o pacientes que precisam, ai ficam tudo querendo vir pra cá porque aqui a gente, consegue agilizar esse tipo de atenção também, então isso acho

> que nos salientamos. Mostrar a sociedade nesse aspecto, é chato porque a demanda aumenta, aí nós temos dificuldade depois. [T9]
>
> Mas a gente percebeu que (ri) quando a gente começou conversar com eles sobre essa alta, vários acabaram (ri) caindo, adoecendo. Não queriam sair com medo. Que saindo do serviço eles perderiam o benefício, eles tem muito medo de perder o benefício. Então assim, algum usuário que a gente sente que eles estão bem, mais autônomos vai dizer assim, a gente vai diminuindo os dias deles no serviço, vai diminuindo os dias no serviço. [T 7]

As atividades tais como: fornecimento de alimentação, de vale transporte, de medicação, entre outras buscam possibilitar a atenção psicossocial, considerando que esta propõe deslocamento diário para o serviço, permanência ao longo do dia e uso contínuo de medicação, na maioria dos casos. Assim como o beneficio de prestação continuada - BPC[5] possibilita recursos para a vida econômica independente. Estas relações institucionais podem implicar em poder e tutela, produzindo relações de submissão, mesmo objetivando aspectos de proteção à saúde e à vida.

Segundo Queiroz e Farias (2011) os beneficiários do BPC são indivíduos que não participam ativamente das relações econômicas e que não contribuem produtivamente para a sociedade, o que define este, como um programa de caráter assistencialista e que visa compensar uma situação de incapacidade para o trabalho, estando esta relacionada à vulnerabilidade social.

Os direitos fundamentais foram consagrados nas sociedades baseadas no Estado de Direito, e determinaram a superação de um estado liberal, próprio do período da revolução industrial. Estas assumiram uma forma de estado intervencionista, com proposições de responsabilidades em relação a aspectos de solidariedade, igualdade e liberdade nomeada Estado de Bem-Estar Social. Esta concepção de Estado surge na Grã-Bretanha na década de 40 e postulava garantir a todos os cidadãos direitos à saúde, educação, previdência, trabalho e maternidade (CRUZ, 2006). Após a segunda guerra o Estado de Bem-Estar ganhou aceitabilidade por todo o mundo e expandiu-se consideravelmente na década de 50.

---

[5] O Beneficio de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC foi instituído pela constituição federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS, Lei nº 8.742 de 7/12/93. É um beneficio individual, não vitalício e intransferível, que assegura um salário mínimo à pessoas idosas, com mais de 65 anos e à pessoas com deficiência de qualquer idade, com impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial para o desempenho de atividades produtivas e em situação de vulnerabilidade, que não permitam a garantia do próprio sustento. A renda familiar deve ser inferior a ¼ do salário mínimo (Brasil, 2012).

Nesta perspectiva de Estado, as políticas de distribuição de renda e serviços não podem ser entendidas como compensatórias, visto estarem elencadas como conjunto de direitos.

Com o declínio desta base ideológica, a partir da década de 70 e a onda conservadora e neoliberal dos anos 80, encontram-se restrições por parte de estruturas econômicas, políticas e jurídicas em relação ao tamanho dos compromissos que o Estado assume com a cidadania, minimizando os serviços prestados. O Estado Brasileiro, no entanto assumiu na constituição de 1988 o compromisso de garantir direitos e assegurar proteção social, consolidando os princípios de solidariedade, que implica na responsabilidade coletiva quanto ao financiamento do sistema e da universalidade de cobertura e atendimento. Outros princípios complementam esta legislação, que enfrentou forças políticas conservadoras e que culminou em uma Lei Orgânica de Assistência Social. Esta sendo não contributiva prevê apenas o compromisso com os *mínimos sociais*, os quais significam assegurar o mínimo para que o ser humano em vulnerabilidade alcance um patamar de sobrevivência digna (SOUZA, 2008). Assumem então, estes recursos no contexto neoliberal o caráter de benefício, o que socialmente é entendido como uma concessão e não um direito.

Estes benefícios são percebidos por muitos usuários dos serviços de saúde mental como possibilidades de vida independente e de reinserção social.

As percepções, as quais os usuários relatam em relação ao poder do profissional nos serviços estão demarcadas, não só pela indicação aos benefícios, mas também, pelas restrições que estes estabelecem nos espaços do serviço e no controle do tempo do usuário no ambiente do CAPS. Estes relatos abaixo indicam presença de hierarquização e de poder disciplinador em determinadas rotinas estabelecidas no serviço.

> Os funcionário tem direito de almoçar primeiro, eles entram dentro da cozinha a hora que eles querem para comer, para fazer coisas, para tomar mate, principalmente para tomar mate. Os usuários tem horário para tomar mate, tem horário o horário deles, os funcionários não [...] eu penso como usuário, é os funcionário ainda tem mais direito que os usuários aqui dentro do serviço. [U1]

> O negocio é comigo. Não sei por que, não querem me dar almoço. De certo porque eu moro bem pertinho ali. Diz que já tem conversado com a minha irmã não sei o que, mas isso ai não tem nada a ver. Porque, eu acho que o

> direito tem que ser para todos, tu não acha? Eu acho assim, mas se ela não quer. [U8]
>
> Ontem mesmo, eu tava com esse problema nas mãos e esse outro problema na cabeça, e aí tu tem que falar com o médico. Ai entrou outra (funcionária) lá pra dentro e ficou só lá conversando. E aí como é que fica? Não tem nada que conversa com o médico, ela nem usuária ela é funcionária da enfermaria? Então fez só eu perde o meu tempo. [U5]

Para os profissionais, a possibilidade de encaminhar, solicitar ou indicar o acesso a estes recursos, confere ao trabalhador certos poderes, desde à perspectiva dos usuários e inclusive do próprio profissional.

Os profissionais expressam preocupação em relação ao empoderamento da equipe; a submissão e cronificação do usuário; e a outra institucionalização no serviço, mesmo que em espaço de portas abertas e inserido na comunidade. Estas posições estão apontadas nas falas e considerações de trabalhadores de Alegrete.

> Sabe é muito complicado. Eles enraízam aqui, sabe? Eles pegam um vínculo, e uma dependência que eu acho muito grande. Uma vez a gente fez um trabalho de dar alta pra vários deles, que já tinham casa que já estavam conseguindo se readaptar e se inserir de novo, que saíram do surto. Mas eles acabam voltando. [T1]
>
> [...] É mais tem usuários que perguntam por que eles não podem participar da reunião da equipe. A equipe pode participar da reunião deles, mais eles não podem participar da reunião da equipe. [...] Porque tem CAPS por aí, que a gente sabe, a gente tem informação de outros estados, que acaba se reproduzindo o modelo do manicômio. Os técnicos continuam sendo formados no modelo manicomial de fragmentar para atender e a gente tem dificuldade de juntar isso. E a gente vê algumas pessoas que são crônicas, eu vejo aqui nos corredores assim, eu gostaria de parar, poder atender, poder me envolver como já me envolvi no passado, eu vejo essas pessoas assim, cronificando aqui dentro. [T3]

Entre outras situações, que geram dificuldades na operacionalização da atenção psicossocial, estão as práticas utilizadas na organização do cuidado, que propõe uma rotina para o plano terapêutico individual, para os profissionais e para o serviço enquanto espaço institucional. As escalas de atividades no cotidiano do serviço, criadas com o foco na organização, podem configurar-se em aspectos rígidos, os quais geram pressão e desconforto nos usuários e trabalhadores. A necessidade de cumprimento destas normatizações, no interior do serviço estabelecem novos dispositivos de controle e disciplinarização.

A cobrança em relação à frequência e o cumprimento do horário nos grupos terapêuticos, nas consultas previamente agendadas e sistemáticas, nas oficinas

terapêuticas programadas no PTI, passam a ser condicionante para a manutenção da modalidade de tratamento no CAPS. O trabalho neste modo de funcionamento produz dependência, controle, evasão e exclusão. A presença da hierarquia e do empoderamento do técnico, faz-se sentir através da aplicação destas normas e limites para o conjunto dos usuários.

> [...] Sim, nós temos aqui um caderno de registro. A gente tem uma chamada, até a [...] faz mais a chamada. Porque assim, eu sei os meus de tarde, não é todo esse monte aqui, entende, eu estou com os da [...]. Então eu sei os que vêm segunda, quarta e sexta, terça e quinta. [T20]
>
> Na manhã às 8 horas eu chegava aqui, já tem o pessoal na recepção. Aí nós tínhamos segunda, quarta e sexta a ginástica. Aí, nos participávamos, depois íamos pra oficina. Seguimos 2 horas de oficina, e depois os usuários vão para o almoço. E são liberados, alguns são liberados, outros vem à tarde. E a tarde segue normal, das 2 horas assim em diante, das 14 horas em diante. Até as 4 é oficina, lanche e são liberados para suas casas[...]. O meu é oficinas, é assim das 14 as 16, é o meu horário de estar dentro da oficina. [T20]
>
> [...] Eu já tinha até feito um contrato terapêutico, eu sempre faço com meus pacientes não intensivos, quantas faltas pode ter. Sabe aquela coisa assim bem explicadinha? Eu já faço esse contrato terapêutico no início para ficar bem claro. E acontece como, por exemplo, na sexta-feira passada eu tive que mandar duas pessoas embora, que não tinham hora, por que eram meio dia e dez e eu estava atendendo, por que são pessoas que vem de manhã. [T1]
>
> Eu ganho o meu horário: é segunda, quarta e sexta, só e eu faço tapete, faço envelope e pinto também. Às vezes eu faço até, cestinha de palito de picolé. [U3]
>
> Só me informem! Porque no momento assim, eu tinha todos os dias, todo dia na semana eu tinha para vir aqui. Depois eles cortaram. Eles mesmos, sem consultar o médico, sem consultar nada. (refere-se ao fato de somente informarem em que irá participar). [U9]
>
> Eu não gosto muito de capoeira, e tem que fazer (risos) é uma coisa que me obrigam. Porque os outros não sabem, não sou muito de capoeira, o que eu gosto é assim, jogar futebol. [U9]

O serviço de atenção em saúde mental reproduz, em seu contexto de trabalho, situações que levem a cronicidade, a imobilidade quando propõe em seu cotidiano práticas ritualizadas, com conteúdo estereotipado e frequência repetitiva ou permanente. Os usuários colocam-se presos a uma proposição rotineira e institucionalizados (DESVIAT, 1999).

Foucault (2008), em *O Nascimento da Clínica*, já identificava as relações de poder que cercam o saber sobre o corpo e sobre a vida. O autor aponta desde o

nascimento da medicina e das ações dos cuidados em saúde, a presença do poder e da constituição das hierarquias nesta área. Enfatiza o pressuposto de que um sujeito, no papel do médico conhece uma realidade (doença) sobre o outro, que é desconhecida por este. E, que esse saber conhecido por ele e inacessível ao outro, se impõe em relações de poder (FOUCAULT, 2002).

Nos serviços de saúde mental, as questões de hierarquia e de relações de poder se fazem perceber, tanto no interior da própria equipe, no espaço em que as determinações realizadas pela equipe técnica são seguidas regularmente, pelos profissionais de nível médio, técnicos das oficinas, técnicos de enfermagem e outros. Os tensionamentos e divergências entre os profissionais não aparecem nas pautas de reuniões e discussões de equipe, devido às relações de poder entre os profissionais, definidas por campos de saberes ou detenção de cargos, exercícios de funções e chefias. A verticalização das relações, no interior da equipe, entre esta e a gestão, comprometem o funcionamento da equipe que se propõe ao trabalho interdisciplinar.

> [...] Toda a semana tem reunião do sistema. A coordenação do CAPS tem uma boa relação com a coordenação do sistema, entre eles assim. [...] Não temos relação com o sistema, nós funcionários assim, não temos. Eu acho que isso é uma é uma situação que é eu considero negativa. [T3]
>
> [...] Fatores que podem prejudicar o trabalho seriam (pensa), essas diminuição das trocas entre os colegas. Então assim, se acontece (pensa) da gente não conseguir falar o que pensa para o colega, as diferenças individuais às vezes podem estar prejudicando [...]. [T10]
>
> Não é uma questão de passar por cima de ninguém, se não, daqui a pouco, nós estamos cheios de chefes aqui dentro. Chefe de enfermagem, chefe da terapia ocupacional. Eu não gosto disso, nunca foi assim, não aprendi a trabalhar desse jeito, eu acho que esse tipo de hierarquia em vez de facilitar a relação entre a gente complica. [T3]
>
> Eu acho que se centralizou. Talvez nessa administração se tenha centralizado mais as decisões, é em relação a parte administrativa. (...) Eu sinto falta da gente decidir mais coisas na reunião, acho que a gente decide bem menos hoje do que a gente já decidiu antes. [T3]

As formas de atenção e gestão, no modo psicossocial, podem marcar espaços de liberdade, de autonomia, de diferenças e responsabilização nas relações de trabalhadores e usuários, porém também podem se constituir como novos mecanismos de controle, criando outras formas de assujeitamento. O trabalho pode seguir, então, vertentes distintas, tais como: tornar os loucos e os trabalhadores

adaptados, produtivos e inseridos nas instituições sociais, e outra que potencializa, neles, sua capacidade de criação, de subjetivação e de qualquer que seja seu projeto de vida (OLIVEIRA, 2006).

Este serviço comporta aspectos de controle em sua dinâmica, que podemos detectar nas normatizações e nos controles de tempo e de acesso a determinados espaços nos serviços, ainda restritos a usuários e em algumas situações, também aos trabalhadores demarcando hierarquias.

Entre as dificuldades encontradas neste aspecto da organização do trabalho, relativo ao funcionamento em equipe interdisciplinar, coloca-se ainda presente a divisão social e técnica do trabalho[6] (GONÇALVES, 1992) com diferenças entre profissionais da área técnica e os demais profissionais, como recepcionistas, oficineiros, serviços gerais, entre outros. Estas se referem à distribuição das atividades e ao caráter decisório em relação as dinâmicas estabelecidas no cotidiano, tais como os planos terapêuticos. Observam-se, portanto relações de poder permeando as relações de trabalho na equipe, no sentido de manutenção de hierarquias e da produção de alienação.

> As enfermeiras atendem todas as demandas que o Dr. tudo passa para elas. Entregam atestados, recebem as receitas, orientam o uso de medicação, cobram o uso de alguns que por terem ficado sem retirar a medicação elas percebem não estar usando adequadamente. Elas cuidam da agenda do médico, dos atendimentos para retorno, busca da medicação e administração da medicação. Observo que a enfermeira fica digitando os atestados que o médico vai assinar. [DC1- 28/07/11]

> Tem a parte de, da enfermagem, que é a gente que administra as medicações, segue as prescrições médicas, a gente também da enfermagem faz muitas, muitas atividades até que não sejam nossas, que são ofícios que chegam pelo doutor e ai é a gente que acaba fazendo. [T6]

> [...] Eu acho que assim tem que ter união entre os funcionários, que um diz o outro confirma, por que tu sabe tudo que é lugar é assim, se um puxa para um lado o outro para o outro nunca dá certo, então aqui ainda tem uns, são poucos os funcionários, mas tem uns que ainda fazem isso de saber, se impor e querer fazer diferença. [T15]

O meio de trabalho característico do modo psicossocial é a equipe interdisciplinar, que busca com intercambio de conhecimento teórico-técnicos na sua

[6] A divisão técnica refere-se às funções no serviço, que são delimitadas pelos campos de saberes técnico e de suporte a esta função. A divisão social do trabalho ocorre por meio de diferenças entre o trabalho intelectual e manual. Na divisão social do trabalho, o produto do trabalho de um profissional pertence ou existe em função do trabalho do outro.

prática, superar a linha de montagem, que promove a estratificação de saberes e fragmenta os processos e as pessoas. Pode-se dizer que no modo psicossocial, o ato de tratamento é um verdadeiro exercício estético, no qual se busca novas possibilidades de ser, gerando novas formas de sociabilidade (COSTA-ROSA, 2006).

No modo psicossocial a perspectiva da clínica ampliada proporciona a vivência intersubjetiva para usuários, mas, também, para a equipe, que pode através das articulações, propor outros processos de trabalho, os quais favoreçam experiências singulares. Rompendo com o conceito de doença mental como erro ou desrazão, a qual traz consigo a perspectiva de correção e de subtração de algo, no caso a loucura. A concepção de subjetividade singularizada oferece espaço para a alteridade e para a multiplicidade, onde a loucura pode ter lugar.

No serviço estudado, o funcionamento da equipe interdisciplinar busca a superação de práticas instituídas tradicionalmente e estabelece uma organização do dispositivo de cuidado, através de tomadas de decisões conjuntas, em reunião de equipe. Estas apontam para relações mais horizontais, com compartilhamento de responsabilidades, utilizando-se de diversos campos de saberes, com recursos diversos, o que amplia as possibilidades de ofertas ao usuário. O planejamento em conjunto favorece a participação de todos os membros da equipe.

> É são as reuniões que a gente tem semanais, elas que nos dão essa sustentação, sempre foram nossa fortaleza, porque no momento que a gente se encontrava e definia como nós íamos agir [...] É o que nos dá assim a noção vamos fazer assim, vamos fazer assado, sempre as decisões independente da administração que passaram nesses anos que eu acompanhei as decisões sempre foram muito de coletivo. [T3]

A competência relacional dos profissionais é prerrogativa deste modo de trabalho, porque demanda capacidade efetiva de se colocar enquanto profissional e enquanto ouvinte e colaborador do outro, visto os objetivos comuns. Esta competência relacional extrapola a formação técnica de cada profissional e envolve os processos de subjetivação do trabalhador. As reuniões de equipe são espaços privilegiados e estratégicos para as trocas, contribuições e negociações.

Considerando estes movimentos de avanços e retrocessos, em relação à concepção do objeto de trabalho e dos meios utilizados, na instituição que se propõe a trabalhar no modo psicossocial, Lancetti (2008) os abordou enquanto problema a

ser pensado e superado. O autor evidencia as dificuldades dos profissionais adaptados às suas especialidades e aos modelos terapêuticos aprendidos, se despirem destes papéis e recair num empobrecimento da proposta, juntamente com a tecnocracia institucional e os recursos diminuídos (LANCETTI, 2008).

A utilização de ações interdisciplinares e de diversos campos de saberes, na área de saúde mental, deve-se a própria complexidade do sofrimento psíquico que envolve aspectos biológicos, psíquicos, sociais, éticos, políticos e culturais. Demanda ainda, um trabalho com a perspectiva de um processo complexo: processo singular, de conflito, contextualizado, multidimensional, em aberto, em diálogo com a realidade na qual se atua e coloca os diversos atores como protagonistas da transformação (ROTELLI et al., 1990).

Quando discute-se as contradições ainda presentes nos serviços de atenção psicossocial, quanto a concepção do objeto e meios de trabalho, naturalmente o questionamento sobre as formas de organização dos dispositivos institucionais, que são entendidos como intermediários para a produção dos espaços de cuidado, se apresentam, porque deles decorrem as possibilidades de alteração de fluxos decisórios, execução de projetos, divisão das atividades e a forma de vínculo intraequipe e com as pessoas que estão em acompanhamento no serviço (COSTA-ROSA, 2006).

As transformações propostas no âmbito da reforma psiquiátrica em relação às formas das organizações institucionais na área de saúde mental derivam das discussões surgidas no movimento de reforma sanitária e, também, em experiências já concretizadas em outros países, os quais promoveram reformas em suas instituições, quanto as relações hierarquizadas, entre as instituições, os profissionais que operam estes dispositivos, entre estes e os usuários dos serviços.

Costa-Rosa (2006) distingue no modo psicossocial a possibilidade de existência de poderes distintos, tais como o de poder decisório e poder de coordenação, conforme o âmbito de abrangência, ou seja, o primeiro relaciona-se ao poder do coletivo, produzido nas reuniões institucionais, incluindo trabalhadores e usuários; e o poder de coordenação e de representação, que é de execução destas decisões, a qual fica ao encargo dos coordenadores e dos técnicos, revelando aqui a presença do poder-saber.

O modo psicossocial enfatiza a participação da população, para além do poder decisório, dando relevância à autogestão. Esta é uma meta a ser atingida pelos serviços de saúde mental, a qual passa pela destituição do imaginário institucional autoritário, que é próprio dos dispositivos tradicionais e ainda marcam as práticas e dinâmicas estabelecidas nos espaços de atenção psicossocial (COSTA-ROSA, 2006).

No processo de trabalho do CAPS, cenário deste estudo, as discussões sobre gestão participativa, gestão colegiada e espaços de decisórios fazem parte do cotidiano no serviço. Avanços na direção de relações horizontalizadas, com espaços de encontro, trocas e tomadas de decisão estão presente nas reuniões de usuários e trabalhadores, mesmo que ainda com restrições.

Os usuários debatem e chegam a resoluções entre seu grupo, sobre o andamento das atividades, necessidades, problemas encontrados no serviço de modo geral e fazem sugestões para o enfrentamento das situações.

Os trabalhadores também mantém seu fórum de discussão e se posicionam de forma a encaminhar resoluções para os problemas e situações analisadas em seu grupo, no interior do serviço. Outro espaço ainda esta constituído para o grupo de gestão, este chamado de reunião do sistema, o qual procura oportunizar encontro entre os coordenadores dos dispositivos da rede de saúde mental do município como um todo.

É possível entender que gestores, trabalhadores e usuários ainda se colocam distanciados de um espaço comum para tomadas de decisões e compartilhamento de ideias, sugestões e encaminhamentos. Entre cada segmento que compõe o serviço, há distribuição e exercício de poderes em escalas diversas. As relações de poder permeiam o serviço, como ocorre na sociedade em geral, de forma molecular, por meio de movimentos e conexões em um plano de forças onde elas se colocam em relações de movimento, em fluxos (VIEIRA, 2010).

> Nas atas de assembleia de usuários, as quais eles denominam reunião de usuários, observa-se que eles utilizam este espaço para tratar de diversos assuntos, [...] enfim parece realmente que o grupo utiliza a reunião para pensar o serviço e o que eles observam de problemas e as soluções trazidas pelos próprios usuários. [DC 01-28/07/11]

> [...] Achamos que como a gente sempre trabalhou e decidiu um coletivo, que a gente com o colegiado isso poderia se ampliar até [...]. [T3]

> O coordenador coloca que a reunião do colegiado gestor, já existe na direção do sistema. [DC 01- 04/08/11]
>
> (os usuários em reunião de grupo) Quando falam na reunião de usuários dizem que muitas vezes não adianta nada [...]. Colocam que deveria ter alguém [...] que possa representá-los e que acreditem neles. Trazem a ideia de formar uma rede. [DC 01-04/08/11]

Um modelo de atenção pode se constituir como uma trama que envolve aspectos estruturais das políticas de saúde, determinantes macropolíticos e macroeconômicos, linhas de força que se reeditam nas práticas clínico-políticas cotidianas na instituição. A forma como estes modelos se organizam, se desdobram e se misturam, define-se a concentração ou transversalização dos poderes (CARVALHO et al., 2009).

No cotidiano das instituições de saúde as questões relacionadas ao poder constituem elementos da ação dos gestores, das relações entre equipe, da atenção com os usuários e com as ações no território. O poder atravessa todos os atores, espaços e práticas do serviço (CARVALHO et al., 2009). Quando os arranjos institucionais proporcionam espaços de participação democrática, com maior acesso e flexibilidade, quanto aos controles de espaço, tempo e relações não hierárquicas, no interior do dispositivo, o poder circula e potencializa a produção de subjetividades singulares.

O serviço de atenção psicossocial ao constituírem-se em espaços ditos abertos e de cuidado em liberdade, em contraposição ao modelo manicomial, fechado e de restrição de liberdade, expõe-se ao risco de construir outras possibilidades de controle e de poder sobre os usuários, através das práticas e dinâmicas de relações construídas no cenário institucional. O alerta de que o movimento de reforma não compreendia apenas as derrubadas dos muros e que seria preciso concretizar a mudança paradigmática, compreendida no novo modelo, faz-se presente quando analisamos os serviços já consolidados, os quais adotam o modelo psicossocial.

O trabalho em saúde mental exige um movimento de reinvenção permanente, considerando que se busca disparar processos, vencendo a inércia e a tendência própria desta área de cuidado, que historicamente objetivou a adaptação das pessoas como sinônimo de bem-estar e de saúde mental.

As formas de subjetivação no campo da saúde mental originam-se de práticas discursivas e políticas que conformam modos de ser e de trabalhar na rede pública de saúde mental, partindo de práticas no cotidiano do serviço e de um conjunto de códigos que alteram sua forma de se reconhecer enquanto trabalhador e enquanto pessoa (BERNARDES; GUARESCHI, 2004).

A plasticidade necessária às equipes e, também, aos usuários para vivenciar relações fluidas e com flexibilidade no cotidiano dos serviços é ainda um desafio, o qual está sendo superado. No âmbito das relações interpessoais e coletivas, encontra-se maior potência para a horizontalização, observando-se vínculos com maior espaço de trocas e negociações.

Guattari e Rolnik (2011) colocam que a micropolítica se dá nos planos moleculares da vida cotidiana, no nível das subjetividades individuais e de grupos, mobilizando aspectos de sensibilidade, de novas práxis e que garantam experiências singulares e coletivas. A caminhada construída pelo movimento de reforma psiquiátrica; rompendo com paradigmas instituídos sobre a concepção da loucura na sociedade contemporânea; e dos serviços de saúde mental, que se propõem a inventar outros modos de cuidar e acompanhar pessoas em sofrimento psíquico está em movimento neste serviço. O CAPS de Alegrete produz processos de resistência e subjetivação singularizada em suas relações micropolíticas, potencializando agenciamentos que possibilitam a criação de novos referenciais, de produção de desejos, de solidariedade e ética constituindo um serviço comprometido com a qualidade de vida em sua comunidade.

7 Considerações finais

O presente estudo se coloca a partir da proposição política da reforma psiquiátrica brasileira, de que o cuidado direcionado às pessoas em sofrimento psíquico sejam produtores de processos de reconstrução e retomada de vida autônoma e cidadã. Este contexto abre possibilidade de transformações na vida destas pessoas. Entende-se que a perspectiva da existência amplia-se, dando espaços para a produção de desejo, para sentir e perceber a si mesmo e o outro, estabelecendo com a realidade outros modos de estar no mundo, de afetar e ser afetado por este.

A proposta deste estudo partiu de questionamentos relacionados à produção do trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, que estabelecem como princípio, o foco na pessoa em sua singularidade. Esta dimensão do cuidado implica em retomada de aspectos existenciais, subjetivos e intersubjetivos, que envolvem o modo de viver, se relacionar, exercer direitos e cidadania. Para tal análise delimitou-se como o objetivo pensar a potencialidade destes espaços para a produção de subjetividade singularizada, a partir das dinâmicas e das práticas estabelecidas no processo de trabalho.

Os resultados encontrados demonstram a pertinência do tema para trabalhadores, gestores e usuários; possibilitando uma leitura contextualizada do caráter político da clínica proposta no modo psicossocial. Os objetivos destes serviços, para além dos cuidados da clínica, são de potencializar a reapropriação de territórios existenciais, o reposicionamento subjetivo frente ao sofrimento, aos projetos de vida e a inserção social, conferindo então o caráter político desta proposta.

O pressuposto, o qual orientou este estudo é de que a subjetividade singularizada se potencializa a partir das relações entre usuários e trabalhadores na dinâmica do processo de trabalho e das práticas desenvolvidas nos CAPS, sendo estes estratégicos para o modo psicossocial de cuidado.

No transcorrer da análise foi possível compreender as perspectivas, que se estabelecem no serviço de saúde mental, extrapolam a simples remissão de sintomatologia e a expectativa de adaptação na vida familiar e social. A proposta de trabalhar com uma clínica produtora e agenciadora de novas possibilidades de reconstrução de projetos de vida, direcionam-se a aspectos individuais e coletivos, na medida em que propõe à sociedade outras formas de conviver com a loucura, com o sofrimento e com a alteridade. Delineia-se uma tarefa complexa, que transpõe o caráter individualizante e configura-se em uma ação política.

As políticas de saúde se articulam com os processos de subjetivação, a partir de sua construção no cotidiano dos serviços e na produção micropolítica estabelecida nestes locais. O modo como são propostas as ações e se estabelecem as dinâmicas e relações no processo de trabalho, traduz a micropolítica do serviço, e resulta em possibilidades diversas de produção subjetiva para usuários e trabalhadores.

No contexto do CAPS de Alegrete, conforme as notas da observação; assim como dados das entrevistas de usuários e trabalhadores, encontra-se um ambiente acolhedor, com espaços de encontro interpessoais significativos e dinâmica de trabalho a qual favorece a criação, a autonomia e a retomada de direitos, possibilitando a reconstrução de caminhos singulares.

O processo de trabalho neste local prioriza o uso de tecnologias leves, com foco no acolhimento, nos vínculos, na dinâmica grupal e nos diferentes espaços de oficinas, onde ocorrem manifestações de expressividade, de criação, de aprendizado, e descoberta de novas habilidades e talentos. O cuidado focaliza a interação relacional em sua prática. O ambiente do serviço é o espaço intercessor, para estas intervenções, potencializando os processos de subjetivação e trocas intersubjetivas.

É possível observar ainda a presença das tecnologias duras, através de todo aparato burocrático e de compromisso institucional estabelecido entre o CAPS e outros serviços da área da saúde; assim como da rede intersetorial. O CAPS

encontra-se limitado em suas possibilidades de afirmação enquanto projeto de atenção psicossocial pelos compromissos de atendimento a toda e qualquer demanda de saúde mental do município. A demanda, excessiva e direcionada inadequadamente, compromete a qualidade do cuidado, de acordo com a visão dos profissionais.

As tecnologias leves-duras são identificadas no processo de trabalho, através da demarcação das áreas de saberes especializados, com delimitação dos recursos técnicos às áreas específicas, caracterizando o que entendemos como especialismo; da prioridade ao uso e controle da medicação no projeto terapêutico; nos preceitos burocráticos dos serviços de saúde e em intervenções profissionais limitadas a remissão sintomatológica.

Observa-se no serviço estudado que o uso da medicação ocupa um lugar central, no processo de cuidado implementado no CAPS. Muitas atividades realizadas decorrem da prescrição dos fármacos e tem esta como condição para inclusão em outros espaços. A atenção médica está prevista, inicialmente, para todos os usuários. Os demais profissionais esperam a prescrição psiquiátrica para a elaboração da proposta terapêutica. Parece ser este um contraponto para o restante do processo de trabalho construído neste serviço, onde o trabalho de atenção psicossocial está consolidado pelo seu modo de acolher, de propor e implantar ações terapêuticas diversas e pelo espaço que ocupa no contexto municipal, sendo uma referência para a população, pela luta contra o preconceito em relação à loucura.

Não se trata com estas observações, desconsiderar a necessidade do uso de fármacos para a atenção em saúde mental ou de negar a atenção psiquiátrica. São estes certamente necessários para o cuidado pretendido. No caso de Alegrete, em particular, apesar da centralidade ocupada por esta área no contexto da equipe de trabalho, observa-se grande interação com as demais áreas, na produção de um trabalho em equipe. Encontra-se relação de troca e interlocução entre os profissionais; e integração entre as atividades propostas, as quais podem ainda avançar no sentido de maior compartilhamento das responsabilidades, entre as diversas áreas de saberes.

As relações estabelecidas entre os profissionais, em equipe interdisciplinar se colocam como meio importante para o planejamento do trabalho. Esta

proporciona certa horizontalidade entre a equipe, no que se refere à discussão dos casos, ao planejamento de atividade e distribuição de tarefas. A dinâmica de comunicação permite espaço para a manifestação de ideias a todos os profissionais. Porém, os processos decisórios, relativos a determinados aspectos, tais como os planos terapêuticos, apresentam coordenação técnica de área específica e os profissionais da área técnica apresentam maior autonomia em seu trabalho de forma geral do que os profissionais de área administrativa (recepção, oficinas e serviços gerais). A presença de relações verticais se coloca de forma sútil, porém permeiam as dinâmicas de trabalho, demarcando posições de micropoderes entre seus membros.

O funcionamento de gestão do sistema de saúde mental, através de participação de representantes das equipes, ou seja, os coordenadores de CAPS e dos demais serviços, é sentido como mais uma escala de hierarquia presente no campo, distanciando os processos decisórios do conjunto dos trabalhadores. Este afastamento coloca muitos profissionais em posição de omissão, impotência e acomodação frente às problemáticas que poderiam ser assumidas e enfrentadas por todos os membros da equipe. Este funcionamento favorece o descompromisso por parte de trabalhadores, os quais se colocam como meros cumpridores das decisões dos gestores e não se afetam subjetivamente para produzir diferenças em seu fazer. O colegiado gestor apresenta-se distanciado de suas bases, conforme a análise realizada.

As relações de poder, de acordo com o referencial adotado no estudo, transpassam todas as relações na estrutura social, nada escapando de sua rede. A presença de hierarquia e verticalidade entre as diferentes funções encontradas na micropolítica do trabalho do CAPS de Alegrete derivam dos poderes produzidos pelos saberes, que compõe o campo de atenção e ainda assumem caráter hegemônico nos serviços de saúde.

A desinstitucionalização, proposta na reforma psiquiátrica, traz o ideário de liberdade e de espaços democráticos para o contexto de atenção à saúde. Prevê compartilhamento de responsabilidade, garantia de direitos, quebra de relações hierarquizadas e de maior autonomia para todos os envolvidos; usuários e trabalhadores. Porém, sabe-se que a desconstrução de modos de funcionamento com foco nas especialidades, assim como o empoderamento associado ao saber

técnico instituído nas práticas profissionais, está ainda em processo no cenário da saúde mental no país. A formação profissional, assim como os papéis assumidos historicamente, pelas diferentes disciplinas prevalece no imaginário de trabalhadores e usuários, dificultando as mudanças nesta área. A importância de notificar a presença dos especialismos e das hierarquias presentes no campo interdisciplinar, está em pensar sobre as implicações destes para o funcionamento e a dinâmica do trabalho no modo psicossocial.

Estas relações de poder resultam em interrupção de alguns processos de transformações propostos na atenção psicossocial, limitando ações e inibindo iniciativas de construção coletiva para trabalhadores e usuários que encontram os ambientes rígidos e sem espaços para novos agenciamentos. Estas constituem risco para a amplitude da proposta, que busca ultrapassar as perspectivas individuais para uma dimensão de interferência no coletivo.

Esta reflexão leva-nos a pensar sobre as diferentes áreas no projeto terapêutico. As oficinas no modo psicossocial ocupam um importante lugar, configurando-se como espaço intercessor para os acontecimentos. As oficinas são operadas conjuntamente entre oficineiros, implicando em propostas que surgem do interesse e desejo do grupo e respondem as necessidades de criação, expressão e aprendizado para todos os envolvidos. No espaço hospitalar, estas preenchiam o espaço, com entretenimento e ocupação, caracterizando os ditos espaços de trabalho “vazio”. A micropolítica dos processos de trabalho produzidos no CAPS, ao estabelecer este potente dispositivo de intervenção, coloca-se atenta aos diferentes movimentos que este assume, entre os quais possíveis desvios de seu rumo, para o simples desenvolvimento de tarefas desconectadas de sentido.

A micropolítica do serviço estudado aponta para perspectivas de produção de subjetivação, no contexto da atenção psicossocial, pelos movimentos, interferências, inovações, experiências e encontros, que se efetivam pela ação cotidiana de usuários e trabalhadores. Esta ação configura-se nas linhas de forças, as quais se põem a funcionar, nas resistências criadas, nas relações de poder, nas transversalidades possíveis, no espaço criativo e intempestivo existentes neste serviço. Segundo o referencial estudado, diríamos que a ação micropolítica de um serviço de atenção psicossocial, pode assumir um caráter revolucionário, operando para transformações efetivas no cenário do serviço, ou, um caráter de submissão e

adaptação, quando trabalham para a manutenção das estruturas rígidas e organizacionais ainda presentes nos sistema de saúde de forma geral.

Esta intersecção da micropolítica do serviço estudado em relação à potencialidade deste em trabalhar aspectos subjetivos e intersubjetivos, parte da compreensão, de que os acontecimentos produzidos e a forma como estes ocorrem no cotidiano do cuidado, podem trabalhar para romper concretamente, com aspectos institucionalizantes ainda presentes nos serviços de CAPS.

Na análise da micropolítica deste serviço encontra-se a proposição de práticas de funcionamento e cuidado, que são potentes instrumentos para os processos de subjetivação e singularização. Entre os quais se colocam os espaços de troca e de escuta qualificada, a clínica ampliada, a qual utiliza diversos recursos técnicos; nos espaços de grupos, que mobilizam usuários e trabalhadores para processos grupais flexíveis e diferenciados, conforme a clientela e a necessidade.

As oficinas terapêuticas, atividade relevante para a atenção ao usuário no CAPS, igualmente apresenta aspectos potentes para a mobilização e implicação subjetiva. Estas desencadeiam os movimentos, os processos criativos, as relações interpessoais, a construção de projetos de caráter individuais e coletivos de interferência na comunidade. As oficinas de música, de arte, de artesanato, ativam a criatividade, a inovação e os talentos até então desconhecidos. As oficinas de capoeira, de atividade física, de esportes propõe a conexão com o próprio corpo, com suas habilidades, com sua sensibilidade corporal. Estas ações ultrapassam os muros do serviço e fazem-se perceber pela cidade, com exposições de trabalho em feiras, com apresentações musicais em eventos culturais, com a expressão artística exposta nos estabelecimentos comerciais, nas pinturas em telas; com o acompanhamento de outras pessoas da comunidade nas caminhadas, para o cuidado com o corpo e a saúde.

Enfim, estas atividades, entre outras, certamente agenciam novas experiências, novas ideias, outras percepções e sentidos em relação a si mesmos, ao mundo em que vivem e, principalmente, produzem desejos. A produção desejante se expressa na fala dos usuários, quanto às suas descobertas, lutas e projetos que os impulsionam para a vida, para o prazer da existência e vivência da cidadania.

Os atravessamentos oportunizados nos serviços, de múltiplas experiências, tanto de encontros, de interações interpessoais, como de outros modos de conhecer, criar, inquietar-se frente às demandas pessoais, sociais, individuais e coletivas, constituem a heterogeneidade necessária a produção de subjetividades singulares entre os atores dos processos desencadeados pela atenção psicossocial.

A abertura para que os usuários sejam protagonistas ativos na construção do trabalho, coloca-se nos espaços de reuniões e assembleias. Nestas há manifestações de ideias, expectativas, reivindicações, sugestões, contrariedades, enfim inaugura a autoria destes no fazer cotidiano. E oportuniza-se que junto com os trabalhadores, construam direções e fluxos para o serviço. São estes espaços de construção conjunta, nos quais todos devem se fazer ouvir, em que se discutem os acontecimentos, afirmam-se posições, enfim se produzem forças de interferência micropolítica, que partem de processos de subjetivação e agenciam outros de forma continuada e significativa em dimensões singulares e coletivas.

De acordo com o referencial utilizado neste estudo, podemos entender as oficinas, assembleias e outros espaços grupais, como dispositivos essencialmente políticos deste modo de cuidar; com potência para a produção de subjetividades singularizadas ao agenciar produção de sentidos e desejos diversos.

A leitura da micropolítica encontrada neste serviço, também aponta para aspectos de interrupção de fluxos e de limitações nas relações de trabalhadores e usuários, na operacionalização das atividades. No movimento inverso do que de descrevemos anteriormente, observou-se a presença de atividades marcadas pela rotina, pela proposta de ocupação do tempo e por desconexão com o desejo e interesse das pessoas envolvidas em determinadas tarefas. Estas são caracterizadas como burocráticas e instituídas no cotidiano do serviço, esvaziadas de sentido e tem caráter adaptativo, resquício do modo tradicional de propor o cuidado.

Ainda em outras situações do processo de trabalho, as questões de submetimento e uso do poder do técnico em relação ao usuário, ganham visibilidade, entre outras, a pouca participação do usuário no seu planejamento terapêutico, a definição e controle de horários na atenção diária, à cobrança em relação as faltas nas atividades previstas. Estas ressaltam uma postura disciplinar e de controle no âmbito do serviço, configurando-se como biopoder, o qual

compromete a proposta psicossocial, levando usuários e trabalhadores ao questionamento destas normatizações e posicionando-se de forma a contrapor-se a estas. A oposição criada, na forma de reclamações e não aceitação destas apresenta-se como biopotência, porque potencializa o coletivo, através da resistência produzida.

As questões relativas aos aspectos, por muitos considerados assistencialistas ou tutelares, em que os profissionais ou mesmo familiares, assumem toda a responsabilidade pelo cuidado do usuário, colocando-os em posição de infantilização e dependência; se fazem presente no serviço, mesmo que não de forma predominante. Sabe-se que todo o cuidado prevê certa parcela de tutela, a qual se faz presente de diferentes formas nas ações de atenção à saúde mental. A utilização de fornecimentos de alguns insumos e benefícios pode produzir acomodação e cronificação, visando possíveis ganhos nestes serviços.

A relação destas posturas de tutela dos profissionais para com os usuários indica verticalidade nas relações micropolítica no contexto do CAPS. Estas reduzem e colocam obstáculos aos processos de subjetivação singularizada que pressupõe liberdade, agenciamentos e resistências.

As relações que revelam posturas hierárquicas e de procedimentos técnicos imbuídos de caráter controlador, disciplinador e tutelar, são objetos de reflexão e discussão entre os profissionais e usuários, que identificam a presença destes, como micropoderes, nas dinâmicas produzidas na micropolítica do trabalho. Os movimentos de avanços e retrocessos em relação à quebra destes paradigmas relacionados ao saber-poder no cotidiano do serviço, ainda precisam ser incessantemente revistos, principalmente, para que não sejam negados, visto as dificuldades para sua total superação.

Os trabalhadores parecem necessitar ainda liberar-se do mandato social, deste exercício de saber-poder para reconhecer-se na diversidade possível, a qual pode ser construída, a partir de suas intervenções no campo psicossocial, com aumento da transversalidade em suas relações.

A presença de ações de caráter transversal, afeta trabalhadores e usuários, inclui o reestabelecimento das relações subjetivas e intersubjetivas com o corpo social. O potencial de contratualidade, ainda que em processo de consolidação, entre as pessoas que os serviços de atenção, promovem relações mediadas por

desejos, interesses e encontros, os quais evidenciam a mobilização de processos singulares de subjetivação.

A subjetividade no mundo capitalista está, prioritariamente, agenciada de forma a responder serializada e normalizada, porém em espaços que desafiam a outras formas de existências, como nos espaços de atenção psicossocial, encontram-se disparadores de outros referenciais, outros modo de sentir, de relacionar-se e de estar no mundo. Podemos então associar estes a processos de subjetividade singularizada, quando desestabilizam as formas determinadas e instituídas e deixam emergir as multiplicidades existentes no coletivo, nas conexões e nas criações potencializadas no serviço.

O referencial adotado no estudo nos indica a dimensão relacional da atenção psicossocial, que pode aumentar ou diminuir a potência de vida das pessoas implicadas. Esta se potencializa nos encontros, nos devires, nos agenciamentos de desejo e resistências, nos processos de produção de sentido, de valorização de saberes, na potencialidade de afetar e ser afetado pelas interações vivenciadas, caracterizando postura ética no âmbito das relações.

No movimento micropolítico desencadeado nos serviços de atenção à saúde mental encontra-se vetores de potência e de bloqueio aos processos de subjetivação, desterritorializando a clínica tradicional com iniciativas e proposições de novas relações, de maior autonomia e empoderamento de usuários e trabalhadores no contexto dos serviços. Mesmo com fixação e retrocessos em determinados aspectos; ainda assim, pode-se observar este em processo e movimento, produzindo diferença e subjetivação singular e coletiva.

Os serviços de atenção psicossocial colocam-se como terrenos, onde as possibilidades de reconstrução de novos modos de vida para pessoas com a experiência da loucura podem ocorrer. Sendo estes processos desencadeados, a partir de movimentos subjetivos dos usuários e trabalhadores; se fazem nos acontecimentos, não aceitam total controle ou objetivos delineados *a priori*. Os serviços configuram-se, então, como um plano de consistência, um lugar de retomada que impulsiona para seguir.

Este trabalho busca acenar para as possibilidades de construção no cotidiano dos serviços de uma dinâmica e prática de cuidado que se colocando de forma ética e contra-hegemônica, estabeleça outras relações micropolíticas para o

trabalho na atenção psicossocial. A quebra de paradigmas se faz possível quando há movimentos coletivos de mudanças, partindo de subjetividades, as quais se fazem singulares e agenciam revoluções moleculares, fazendo fissuras na homogeneidade dos serviços.

Segundo o referencial utilizado neste estudo, os processos políticos, aqui referidos, são relativos aos movimentos minoritários produzidos na realidade, que denotam ação de forças ou agenciamentos nas diferentes direções e respondem aos interesses, desejos e planos daqueles que os produzem.

As resistências, as críticas, as crises e os processos desencadeados no interior dos espaços na direção de vivências plenas de interesses, de desejo, inventividade e que produzem o novo, o inesperado e desafia usuários e trabalhadores à subjetivação, se colocam como biopotência, porque produz outros modos de viver a vida, de sentir, ser e estar no mundo.

Os limites de um estudo de avaliação na área de saúde são diversos e entre estes podemos identificar os limites relacionados ao próprio instrumento adotado, que se tratando de entrevistas, sobre um assunto demasiadamente complexo, demonstrou-se por vezes, pouco aprofundado. O tempo de observação, no serviço permitiu uma aproximação suficiente, no entanto, possivelmente, mais tempo de observação permitiria ao pesquisador maior amadurecimento em relação ao que deveria estar em foco, pois poderia revelar outros aspectos do objeto de investigação. A temática do estudo, pela sua complexidade e amplitude, demanda estudos complementares em áreas afins das ciências humanas e sociais; e deixa lacunas a serem complementadas em estudos posteriores, possibilitando maiores generalizações sobre o objeto de pesquisa.

Ao finalizar, coloca-se este estudo a disposição para que gestores, pesquisadores, trabalhadores e usuários dos Centros de Atenção Psicossocial, possam refletir e debater sobre o trabalho neste campo, entendendo o processo de trabalho como dinâmico e em fluxo, onde a direção e os rumos estão em aberto para que se possa interferir, ousar e fazer diferença em contínua transformação.

Referências

ALVERENGA, A. R; DIMENSTEIN, M. A. loucura interrompida nas malhas da subjetividade. In: AMARANTE, P. (org). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Ed. Nau, 2005. 224p.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: Outras histórias para a loucura e a Psiquiatria. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1996. 141p.

_____. **Loucos pela vida**: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 136p.

ANDRADE, M. C. Dispositivo intercessor – uma perspectiva multireferencial de produção de conhecimento. **Revista de Psicologia da UNESP.** São Paulo, v.10, n.1, p. 171-183, 2011.

ANTONACCI, M. H. **Trabalhadores do serviço social residencial terapêutico**: atores na reconstrução da vida fora dos muros do manicômio. 2011. 145p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Faculdade de enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.

ARDOÍNO, J. Abordagem multirreferencial (plural) das situações educativas e normativas. In: Barbosa, J. G. **Multirreferencialidade nas ciências e na educação.** Revisão de tradução Sidney Barbosa. São Carlos: EdUFSCar, 1998. p. 24-41.

AVENA, D. A. **O engenho por dentro:** cartografia das práticas cotidianas de cuidado em saúde mental dos auxiliares e técnicos de enfermagem na perspectiva da integralidade. 2009. 143f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

BARROS, R. B. Clínica e social: Polaridades que se opõe/complementam ou falsa dicotomia? In: RAUTER, C.; PASSOS, E.; BARROS, R. B. (org.). **Clínica e Política**: subjetividade e violação dos direitos humanos. Rio de Janeiro: Editora Te Corá, 2002. p. 123-140.

BELINI, M. G; HIRDES, A. Projeto morada São Pedro: Da institucionalização à

desinstitucionalização em saúde mental. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**. (Florianópolis, SC), v.15, n.4, p. 562-269, 2006.

BENELLI, S. J. A instituição total como agência de produção de subjetividade na sociedade disciplinar. **Revista Estudos de Psicologia.** Campinas, v. 21, n. 3, p. 237-252, 2004.

BERNARDES, A. G; GUARESCHI, N. M. F. trabalhadores da saúde mental: cuidados de si e formas de subjetivação. **Psicologia USP**, São Paulo, v.15, n. 3, p. 81-101, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. **Documento apresentado à conferência regional de reforma dos serviços de saúde mental**: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.

_____. Ministério da saúde. Centro cultural. **CAPS e outros serviços**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/saudemental/index.php> Acesso em: 09 out. 2011.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Saúde Mental**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/ > Acesso em: 15 set. 2012.

CAMPOS, G. W. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2000. 236p.

CARVALHO, S.; FERIGATO, S.; BARROS, M. **Conexões**: saúde coletiva e políticas de subjetividade. São Paulo: Ed. Hucitec, 2009. 419p.

CASTEL, R. Da indigência à exclusão, a desfiliação: precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: LANCETTI, A. (Org.). **SaúdeLoucura.** nº 4 : grupos e coletivos. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 21-48.

_____. **A ordem psiquiátrica**: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978. 329p.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em Redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2006. p. 165-184.

CECILIO, L. C. A morte de Ivan Ilitch Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface-Comunic., saúde, educ.** Botucatu**,** v.13, n. 1, p.545-555, 2008.

CECILIO, L.; MERHY, E. A Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 2007. p. 197-210.

COSTA-ROSA, A. O modo Psicossocial: Um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (org.) **Ensaios-subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 141-168.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C.; A.;YASUI, S. As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as premissas do modo psicossocial. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.25, n.58, p.12-25, 2001. Disponível em: <www.uff.br//conferenciasnacionaisdesaudemental> Acesso em: 18 fev. 2012.

CRUZ, P. M. Fundamentos históricos, políticos e Jurídicos da seguridade social. In: ROCHA, D. M. SAVARIS, J.A. **Curso de especialização em direito previdenciário**. Curitiba, 2006.

DELEUZE, G. **Conversações**. Rio de janeiro: Editora 34, 1992. 232p.
.
_____. **Lógica do sentido**. São Paulo: Perspectiva, 1998. 342p.

_____. **Gillez Deleuze**: Uma vida filosófica. ALLIEZ, E. (org). São Paulo: Ed. 34, 2000. 560p.

_____. **A ilha deserta e outros textos**. ORLANDI, L.. (org.) São Paulo: Ed. Iluminuras, 2005. 337p.

_____. **Diferença e repetição.** Tradução revista de Luis Orlandi e Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 2006. 499p.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs**: Capitalismo e esquizofrenia. Vol. 1. São Paulo: Ed. 34, 1995. 94p.

_____. **Mil platôs**: Capitalismo e esquizofrenia. Vol. 3. São Paulo: Ed. 34, 1996. 144p.

_____. **Mil platôs**: Capitalismo e esquizofrenia. Vol. 4. São Paulo: Ed. 54, 1997. 176p.

_____. **Mil platôs**: Capitalismo e esquizofrenia. Vol.5. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1997. 240p.

_____. **O Anti-Édipo**: Capitalismo e esquizofrenia. Lisboa: Assirio e Alvim, 2004. 324p.

DELEUZE, G.; PARNET, C. **Diálogos**. Tradução de Eloisa Araújo Ribeiro. São Paulo: Editora Escuta, 1998. 184p.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 167p.

DIAS, S. **Lógica do acontecimento**. Deleuze e a Filosofia. Afrontamento, 1995. 424.

FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA-SIEGFRIED EMANUEL HEUSER. **Estatística populacional.** Disponível em: <http://www.fee.tche.br/sitefee/pt/content/capa/index.php.> Acesso em: 29 out. de 2011.

FERREIRA, F. R. a produção de sentidos sobre a imagem do corpo. **Interface-Comunic., saúde, Educ.** Botucatu**,** v.12, n.26, p. 471-483, 2008.

FOUCAULT, M. **A história da loucura**. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1997. 551p.

_____.Direito de morte e poder sobre a vida. In: FOUCAULT, M**. História da sexualidade**: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1993. 246p.

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Ed Graal Ltda, 1992. 295p.

_____. **A arqueologia do saber.** Tradução de Luiz Felipe Baeta Neves. 6. Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002. 124p.

_____. **O nascimento da clínica**. 6 ed. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008. 241p.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1999. 312p.

GONÇALVES, R. B. M. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. **Cadernos CEFOR**. Prefeitura Municipal de São Paulo. São Paulo, 1992. 629p.

GONZALES, F. R. **Sujeito e subjetividade**. São Paulo: Ed.Thomsom, 2003. 290p.

GUATTARI, F. **Revolução molecular**: pulsações políticas do desejo. São Paulo: Brasiliense, 1986. 229p.

_____. **Caosmose**: um novo paradigma estético. São Paulo: Editora 34, 1992. 192p.

_____. **As três ecologias**. Campinas: Papirus, 1990. 56p.

_____. Da produção de subjetividade. In: Parente, A. (org.). **Imagem máquina: a era das tecnologias do virtual**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1993, p. 177-191.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografias do desejo. 11 ed. Petrópolis: Ed. Vozes, 2011. 327p.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Fourth generation evoluation**. Newbury Park: Sage Publications, 1989. 294p.

GUEDES, C. R.; NOGUEIRA, M. I.; CAMARGO, J. R.; KENNETH, R. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.4, 2006.

HARDT, M.; NEGRI, A. **O império**. 7ª Ed. Rio de Janeiro**:** Ed. Record, 2005. 501p.

HARNECKER, M. **Los conceptos elementales del materialismo histórico**. Mexico: Siglo Veintiuno editores SA, 1972. 339p.

HORKHEIMER, M. **O eclipse da razão**. São Paulo: Ed. Centauro, 2007. 176p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=430040#>. Acesso em: 29 out. 2011.

KANTORSKI, L. P. Projeto de Pesquisa de Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da região Sul do Brasil (CAPSUL). Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2006. Disponível em: <http://www.ufpel.edu.br/feo/capsul.php. Acesso em 24/10/2011.>. Acesso em: 20 ago. 2012.

KANTORSKI, L. P.; JARDIM, V. M. R.; COIMBRA, V. C. C.; HYPÓLITO, A. M.; GUEDES, A. C.; MEIRELES, M. C.; CLASEM, B. N.; CAVADA, C. T. Avaliando a política de saúde mental num CAPS: a trajetória no movimento antimanicomial. **Estudos e Pesquisas em Psicologia.** Rio de Janeiro, n.1, p.242-263, 2010.

LAPASSADE, G. Da multirreferencialidade como "bricolagem". In: Barbosa, J. G. **Multirreferencialidade nas ciências e na educação**. Revisão de tradução Sidney Barbosa. São Carlos: EdUFSCar, 1998. p. 126-148.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo. Hucitec, 2008. 126p.

LINCOLN, Y. S.; GUBA, E. G.; E. **Naturalistic inquiry**. Newbury Park: Sage Publications, 1985. 416p.

LOPES, P. C. **Pragmática do desejo:** Aproximações a uma teoria da clínica em Felix Guatarri e Gilles Deleuze. 1996. 158p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica)- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986. 110p.

MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M. C. C. Loucura: como dizer o indizível. **Revista Textura da Psicologia**: Subjetividade e Política no Contemporâneo. Casa do Psicólogo, São Paulo, p. 1-13, 2002.

MACHADO, L. D. LAVRADOR, M. C. C. As políticas que incidem sobre a vida. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 1, p. 118-133.2010. Disponível em: <http://www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigo/pdf/v10n1a09.pdf. Acesso em: 20 out. 2011.

MACHADO, R. Por uma genealogia do poder. In. FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 10 ed. Rio de Janeiro: Ed Graal Ltda, 1992. p. 07- 23.

_____. **Foucault, a filosofia e a literatura**. 3 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005. 188p.

MARTINES, W. R. V.; MACHADO, A. L. Produção de cuidado e subjetividade. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 63, n. 2, p. 328-333. 2010.

MARX, K. **O capital**. São Paulo: Ed. Nova cultural, 1988. 110p.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2007a. p. 71-112.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002. 189p.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E. (org). **O Trabalho em saúde**: olhando e experenciando o SUS no cotidiano. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 2007b. p. 75-95.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Mapas analíticos:** um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. 2007. Disponível em: <http://www.hucff.ufrj.br/micropolitica/textos/mapas_analiticos.pdf> Acesso em: 10 out. de 2011.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.

MICHAELIS. **Moderno dicionário da língua portuguesa.** 1ed. São Paulo: Melhoramentos, 2004. 2288p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 3 ed. Rio de Janeiro: Hucitec: Abrasco, 2010. 269p.

_____. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 25 ed. Petrópolis: Vozes, 2007. 80p.

MOURA, A. H. **A psicoterapia institucional e o clube dos saberes**. São Paulo: Hucitec, 2003. 190p.

NAFFAF, NETO, A. **Psicoterapia em busca de Dionísio**: Nietzsche visita Freud. São Paulo: Escuta, 1994.136p.

NEGRI, A. **Exílio**. São Paulo: Iluminuras, 2001. 96p.

OLIVEIRA, J. A. M. **O processo de desinstitucionalização da loucura em serviços de saúde mental no estado de Sergipe: um problema clínico-político.**

2006. 105p. Dissertação (Mestrado em Psicologia)- Universidade Federal Fluminense, Niterói.

OLIVEIRA, J. A. M.; PASSOS, E. Novos perigos pós-desospitalização: Controle a céu aberto nas práticas de atenção e gestão em saúde mental. In: CARVALHO, S. R.; FERIGATO, S.; BARROS, M. E. **Conexões: saúde, coletivas e políticas de subjetividade.** São Paulo: Hucitec, 2009. p. 322-341.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra, 2001. Disponível em: <http://www.who.int/whr/> Acesso em: 10 de out. de 2011.

PACHECO, M. L.; ZIEGELMANN, L. Grupo como dispositivo de vida em um CAPS Ad: um cuidado em saúde mental para além do sintoma. **Saúde em Debate.** Rio de Janeiro, v.32, n.78, p.108-120, 2008.

PATTON, M. Q. **How to use qualitative methods in evaluation**. Newbury Park: Sage Publications, 1987. 20p.

PELBART, P. P. **A nau do tempo-rei**: sete ensaios sobre o tempo da loucura. Rio de Janeiro: Ed Imago, 1993. 130p.

PELBART, P. P. **Vida capital**: Ensaios de biopolítica. São Paulo: Ed. Iluminuras, 2003. 252p.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2006. p. 65-112.

PINHEIRO, R. **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2005. 303p.

_____. **Da defesa do aço à defesa da vida**: o cotidiano dos atores em suas práticas nos serviços de saúde. 2000. 174p.Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)- Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

PINTO, A. G. A.; JORGE, M. S. B. Prática clínica em saúde mental no cotidiano do centro de atenção psicossocial. **Revista Cogitare Enfermagem**, Paraná, v.14, n.2, p. 217-276, 2009.

PIRES, D. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, Bahia, v.13, p. 83-92, 2000.

POMBO-DE-BARROS, C. F.; MARSDEN, M. Reflexões sobre a prática do psicólogo nos serviços de saúde pública. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v.60, n.1, p. 112-123, 2008.

PREFEITURA DO ALEGRETE. DEPCOM- departamento de comunicação. **Núcleo de tecnologia da informação.** Disponível em: <http://www.alegrete.rs.gov.br/site/>. Acesso em: 29 out. de 2011.

QUEIROZ,S.; FARIAS, P. Política social compensatória ou emancipatória de programas sociais para a autonomia dos beneficiários. **Contribuição às ciências sociais**. 2011. Disponível em: < http://www.eumed.net/rev/cccss/12/> Acesso em: 15 set. 2012.

RESENDE, H. Políticas de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (org.) **Cidadania e loucura, políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Ed. Vozes, 2001. p. 15-73.

ROLNIK, S. Esquizoanálise e antropofagia. In. **Colóquio de encontros internacionais Gilles Deleuze**. São Paulo: Editora 34, 2000, p. 451-462.

ROMAGNOLI, R. C.; PAULON, S. M.; AMORIM, A. K. M. A.; DIMENSTEIN, M. Por uma clínica da resistência: experimentações desinstitucionalizantes em tempos de biopolítica. **Revista Interface: Comunic., Saúde, Educ**., Botucatu,v.13, n.30, p.199-207, 2009.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: NICÁCIO, F. (org.) **Desinstitucionalização.** São Paulo: Hucitec, 1990. P.89-99.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. **Desinstitucionalização uma outra via**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2001. 112p.

SANTOS, V. C.; SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. **Revista Esc. Enfermagem USP,** São Paulo, v. 41, p. 777-81. 2007.

SILVEIRA, L. C.; BRAGA, V. A. A equipe de saúde mental numa aproximação sociopoética: das relações interpessoais à produção de subjetividade. **Revista Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, v.38, n.4, p.429-437, 2004.

SIMONDON, G. O indivíduo e sua gênese físico-biológica. In: DELEUZE, G. **A ilha deserta e outros textos**. ORLANDI, Luis. (org.). São Paulo: Ed. Iluminuras, 2005. p.112-125.

SOARES, L. B.; MIRANDA, L. L. Produzir subjetividades: o que significa? **Estudos e Pesquisa em Psicologia. UERJ**, Rio de Janeiro, n. 2, p.408-424, 2009. Disponível em: <www.revispsi.uerj.br> Acesso em: 19 set. 2011.

SOUZA, A. A.C. B. **Benefícios assistenciais e a dignidade humana**: a aplicabilidade extensiva ao idoso. Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, 2008. Disponível em: <escola.previdencia.gov.br/texto2.pdf.> Acesso em 05 de Nov. 2012.

TARDE, G. **Monadologia e sociologia**. Tradução de T.S. Themudo. Petrópolis, Vozes, 2003. 110 p.

TEIXEIRA, R. R. Agenciamentos tecnosemiológicos e produção de subjetividade: contribuição para o debate sobre a transformação do sujeito na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 6, n.1, p. 49-61, 2001.

_____. As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público. In: Research Conference on Rethinking "the Public" in Public Health: **Neoliberalism, Structural Violence, and Epidemics of Inequality in Latin America**. San Diego: Center for Iberian and Latin American Studies (CILAS) / University of California, 2004.

TORRE, E. H, & AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 73-85, 2001.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Editora Atlas, 2009. 175p.

VASCONCELOS, E. M. Reinvenção da Cidadania, empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento dos usuários. In: AMARANTE, P. **Ensaios, subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 267-277.

VIEIRA, A N. **Cartografia do cuidado e da clínica na formação do enfermeiro –** saberes, práticas e modos de subjetivação. 2010. 164p. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde)- Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza.

WAHL, F. O copo de dados do sentido. In: DELEUZE, G. **Uma vida filosófica**. ALLIEZ, E. (org). São Paulo: Ed. 34, 2000. p.119-131.

WETZEL, C. **Avaliação de serviços de saúde mental**: a construção de um processo participativo. 2005. 290f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica)- Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

WETZEL, C.; KANTORSKI, L. P. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Texto e Contexto Enfermagem,** Florianópolis, v. 13, n. 4, p. 593-598, 2004.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212p.

.

Apêndice

APÊNDICE A – CARTA PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS DE PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
GRUPO DE PESQUISA ENFERMAGEM, SAÚDE MENTAL E SAÚDE COLETIVA

Carta de Autorização para Utilização de Dados de Pesquisa

Eu, Luciane Prado Kantorski, coordenadora de estudo Qualitativo da pesquisa Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil (CAPSUL II), desenvolvida pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, autorizo a pós-graduanda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Carmem Terezinha Leal Argiles a utilizar os dados da pesquisa citada anteriormente para a sua Dissertação de Mestrado, desde que respeite os princípios éticos, ou seja, mantendo o anonimato dos sujeitos e a responsabilização para com a pesquisa.

Pelotas, 04 de novembro de 2011.

Luciane Kantorski

Luciane Prado Kantorski
Coordenação do CAPSUL II

Anexo

ANEXO A – ROTEIRO DE ORIENTAÇÃO DA OBSERVAÇÃO DE CAMPO

SERVIÇO:

- Números de salas e distribuição;
- Ambiente (privacidade, ruídos, limpeza, iluminação);
- Adequação para o trabalho desenvolvido (espaço, decoração, luminosidade);
- Oferta de atendimentos (tipo de atividades, oficinas, atendimentos individuais, grupos, visita domiciliar, entre outros);
- Características dos usuários (por modalidade – intensivo, semi-intensivo ou não intensivo – faixa etária, gravidade, condição social e econômica etc);
- Como funciona o serviço (características, horário, entre outros);
- Cronograma de atividades;
- Oferta de atendimentos (tipos, distribuição, características);
- Observar como se dá o planejamento das ações no serviço (em que momentos e espaços se planejam, com que periodicidade);
- Observar de que forma a informação, os indicadores, a identificação dos riscos e problemas no território orientam o planejamento das ações em saúde;
- Existe algum tipo de avaliação das ações;
- Como se dá o acesso, o acolhimento dos usuários, como é estabelecido o seu plano terapêutico, como é definido quem é paciente a ser atendido no CAPS, o que se faz com aquele que não se enquadra nestes critérios;
- Como funciona o serviço (características, projeto terapêutico, horário, entre outros);
- Cronograma de atividades;
- Como o serviço faz os movimentos de articulação no território;
- Quais as propostas do serviço no sentido da inserção social do usuário no território (considerar eixos: casa, trabalho e lazer);
- Como o serviço se organiza para fazer a comunicação e a regulação da rede de serviços de saúde mental;
- Observe as relações do serviço (coordenador, trabalhadores, usuários e familiares) com a Secretaria Municipal de Saúde – movimentos de diálogo, negociação, enfrentamento;
- Observar as relações do serviço (coordenador, trabalhadores, usuários e familiares) com o Conselho Municipal de Saúde – movimentos de diálogo, negociação, enfrentamento, participação, representatividade.

ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS:

- Profissional (ais) que realizou (aram) o atendimento;
- Identificação do problema que levou a procurar o serviço;
- Relação usuário e profissional;
- Escuta;

- Exame físico e psíquico;
- Uso de roteiro;
- Uso de normas do serviço (rígida ou não);
- Conduta do profissional frente ao caso;
- Como o usuário foi recebido;
- Recebeu informações necessárias sobre a intervenção;
- Como o usuário recebeu esta intervenção;
- Aceitação da intervenção pelo usuário;
- Quem agenda os atendimentos (de que forma se dá o acesso do usuário ao CAPS);
- Quais os critérios são utilizados para viabilizar o acesso ao atendimento e qual o tempo médio entre a marcação e o acesso à consulta;
- Que critérios são utilizados para rechaço de demanda (demanda reprimida);
- Se há usuários que voltam sem serem atendidos;
- Quem realiza a seleção das consultas que não são marcadas ou agendadas, ou que não se concretizam em atendimentos feitos pela equipe;
- Quem e que orientação é feita para quem não consegue atendimento no CAPS;
- Como é o acesso a outros atendimentos, como oficinas, visitas domiciliares, grupos, projetos de geração de renda e trabalho;
- Como é feito o agendamento para retorno ao CAPS;
- Observar práticas de recepção e escuta no CAPS;
- Observar recepção de usuários que consomem álcool e/outras drogas e detalhar os desdobramentos do atendimento a estes usuários em particular.

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:

- Como se dá o atendimento das situações de urgência e emergência no CAPS e qual o tempo de espera;
- Quais são os critérios para atendimento de situações de urgência e emergência? E para o não atendimento destas situações;
- Quais as dificuldades encontradas no atendimento de situações de urgência e emergência no CAPS;
- Em que situações se encaminha e para onde se encaminha (Pronto Socorro, Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico e outros)? Como ocorre este encaminhamento? (verbal, por escrito, por telefone é feito contato entre os profissionais, alguém do CAPS acompanha, especificar);
- Quais as dificuldades encontradas no encaminhamento de situações de urgência e emergência a partir do CAPS? E quais as estratégias de superação;
- Observar no quanto o fluxo é cumprido (a flexibilidade para captar as necessidades de cada usuário e a criatividade para viabilizar soluções);
- Observar se ocorre contrarreferência e de que forma ela acontece.

REUNIÕES:

- Quais tipos de reuniões são realizadas (de equipe, do Conselho Local de Saúde, outras);
- Quais os temas, conteúdos, características destas reuniões (administrativas, técnicas, discussão de casos, de supervisão, planejamento, avaliação)? Quem participa das reuniões, qual a periodicidade e o tempo de duração;
- Quem coordena as reuniões e quem determina as pautas.

REGISTROS:

- Como são feitos e usados os registros;
- Verificar o conteúdo dos registros (olhar alguns prontuários);
- Verificar como se faz o arquivamento das informações, quais os critérios de arquivamento, se há duplicidade de informações arquivadas;
- Verificar no registro a existência de planos terapêuticos integrados;
- **Verificar as características do registro de atividades de grupos, visitas domiciliares;**
- Observar a existência e as características de registros de reuniões de equipe.

USUÁRIOS E FAMILIARES:

- Quem são os usuários;
- Participação dos usuários e família;
- Relação com a equipe;
- Envolvimento com o serviço;
- Como se dá a participação dos usuários nas decisões em relação ao seu plano terapêutico, ao funcionamento do serviço, entre outros. E a participação da família;
- Observar a participação dos usuários e famílias nas atividades propostas pela equipe na comunidade;
- Observar a articulação dos usuários e familiares com lideranças e entidades comunitárias.

TRABALHADORES:

- Quem são os trabalhadores, características e formação;
- Envolvimento com o serviço;
- Como estão organizados (carga horária, distribuição por turnos e dias da semana, atividades que assumem, em que circunstâncias e com que frequência de

reúnem, relacionamento entre os trabalhadores, destes com usuários, com familiares, com a coordenação do serviço e com a Secretaria Municipal de Saúde);

- Verificar se os trabalhadores vão ou não diariamente ao CAPS (detalhar quando e quem está em que turnos);
- Observar a presença de stress, insegurança, arranjos feitos para cobrir debilidades técnicas de membros da equipe;
- Existem propostas de capacitações, estas são dirigidas a equipe, a determinadas categorias profissionais, a ações específicas;
- Observar se os profissionais têm afinidade com o que fazem e as dificuldades que encontram em seu cotidiano de trabalho;
- Como é o fluxo dentro da equipe – entre os trabalhadores. Quais as características da comunicação e da negociação entre os membros da equipe;
- Observar a comunicação no interior da equipe e desta com gestores, lideranças comunitárias e usuários;
- Observar a capacidade de negociação explícita e implícita entre os membros da equipe de saúde, gestores e usuários;
- Observar hierarquias, relações de poder formal e informal na equipe, relações de poder corporativas, de gênero;
- Observar se há insatisfação, insegurança em relação ao vínculo contratual, salário ou condições de trabalho;
- Quais as características do trabalho de cada membro da equipe, que tipo de atividade realiza e que tempo dedica a estas atividades;
- Observar a motivação e capacidade de superar obstáculos dos profissionais individualmente e da equipe;
- Quais as dificuldades encontradas no cotidiano de trabalho da equipe e quais as estratégias de superação destas dificuldades;
- Observar as características do vínculo de cada profissional em particular e da equipe como um todo com os usuários e familiares;
- Observar o conhecimento dos profissionais acerca das famílias e do meio social em que vivem;
- Quais as características e o conteúdo das visitas domiciliares realizadas? Quem realiza e qual a duração de cada visita domiciliar? Quais os critérios utilizados para seleção e priorização das visitas;
- Quais as oficinas e grupos são realizados pela equipe e com que periodicidade;
- Quais as características e o conteúdo das oficinas e grupos realizados;
- Qual o tempo de duração das oficinas e dos grupos e quantos participam;
- Quais os profissionais participam das oficinas e dos grupos.

ANEXO B – ROTEIRO DE ENTREVISTA UTILIZADA COM OS USUÁRIOS

1. Pode me falar seu nome?
2. Fale sobre o funcionamento do CAPS. Como você vê?
3. Que fatores você acha que pode estar facilitando ou dificultando o funcionamento do CAPS? Que sugestões você dá?
4. O CAPS se comunica com outros serviços da rede de saúde? Postos de saúde, residencial terapêutico, outros?
5. Como você avalia a estrutura física do CAPS?
6. E como é que você avalia os recursos humanos? Quantidade de profissionais, a formação desses profissionais...
7. Você participa da construção ou elaboração do plano terapêutico individual, o PTI?
8. Como avalias o fornecimento da medicação? E as orientações, a regularidade, se nunca falta remédio, se dão orientação corretamente, como é isso?
9. Quanto tempo o usuário permanece em acompanhamento no CAPS? E como se dá o processo de passagem para outro serviço e a continuidade do acompanhamento?
10. Como é que funciona a relação do CAPS com a gestão da saúde mental do município?
11. E como está o atendimento do CAPS e a relação do CAPS com os familiares dos usuários, como é que tu avalias o suporte que o serviço oferece aos familiares?
12. E como tu percebes a relação dos usuários com a sociedade em geral e a sua inserção no território, nas atividades culturais, sociais, da cidade. Perguntamos isso para avaliar o trabalho relativo ao enfrentamento do preconceito sabe com a comunidade do município, do preconceito da comunidade com o usuário.
13. Das atividades que são oferecidas pelo CAPS, o que mais gostas e o que menos gosta?
14. Como é que se dá o atendimento a crise dentro e fora do CAPS? Quando as pessoas entram em crise, tem um surto, o quê acontece aqui quando acontece isso?

Perguntas acrescentadas no círculo hermenêutico

15. Queria que tu falasse sobre os banheiros do CAPS?
16. Podes me falar sobre o bebedouro?
17. O que acha de atender pessoas usuárias de drogas e que tem a doença mental aqui no mesmo lugar?
18. Fale sobre como é que a senhora vê o momento do almoço no CAPS?
19. Como é que senhora percebe a assembleia?
20. A política partidária atrapalha o funcionamento do CAPS?
21. O que tu acha do tratamento da equipe de enfermagem presta aos usuários?

Perguntas realizadas fora do círculo

1. Quais os espaços que existem dentro e fora do serviço de participação, de valorização das necessidades e desejos dos usuários?
2. Em algum momento você discute em grupo, com outras pessoas, as necessidades dos usuários do serviço de saúde mental?
3. Você percebeu alguma mudança no serviço de saúde que seja reflexo da organização popular que as pessoas se organizaram para reivindicar alguma coisa?
4. Você se sente ouvida em relação as suas reivindicações no serviço de saúde mental?
5. E a última pergunta, você participa ou participaria se fosse convidado ou já foi convidado da associação, e você se sente representado pela associação e você acha que é importante existir associação?

Roteiro de entrevista utilizada com os trabalhadores

1. Qual teu nome completo e tua função no serviço?
2. Fala sobre o funcionamento do serviço?
3. E que fatores consideras que contribuem ou dificultam o funcionamento do serviço?
4. E para a melhoria o funcionamento do serviço, que sugestão darias?
5. Como avalias a articulação do CAPS com os outros serviços da rede, o Hospital Geral, atenção básica, o SAMU, a residência terapêutica?
6. E com os serviços dos outros setores como escolas, assistência social, judiciário, como é que o CAPS se relaciona com esses serviços?
7. E como avalias a estrutura do CAPS, com relação ao tamanho das salas, quantidade de salas?
8. Foi falado a questão da alimentação ser produzida aqui no serviço, como forma de ser um atendimento terapêutico. Como avalias isso?
9. Como avalias os recursos humanos no CAPS, em relação à quantidade, a formação profissional, a capacitação para o desenvolvimento do trabalho, a rotatividade, o tipo de vínculo, contratação?
10. Como é que está sendo construído o plano terapêutico singular ou individual, desde que o usuário chega no CAPS e é acolhido, como são definidos as atividades a que ele vai participar, como é negociado isso?
11. E como é que você avalia o fornecimento de medicação ao usuário, e as orientações que são fornecidas?
12. E quanto tempo o usuário permanece em acompanhamento no CAPS? E como é que se dá o processo de passagem para outros serviços e a continuidade do acompanhamento?
13. E como tu avalias a articulação do CAPS com a gestão da saúde mental do município?
14. E como avalias o atendimento e a relação do CAPS com os familiares dos usuários?

15. E como é a relação dos usuários com a sociedade, sua inserção no território, nas atividades culturais, sociais cotidianas da cidade e como está acontecendo o trabalho do serviço para diminuir o preconceito e o estigma da sociedade?
16. E como tu avalias o atendimento à crise aqui dentro e fora do CAPS?
17. Como tu avalias o processo de supervisão institucional que ocorreu em dois mil e seis, depois teve novamente, as contribuições e limites?

Questões realizadas fora do círculo hermenêutico

1. Que espaços existem dentro e fora do serviço de participação, de valorização de fala e desejo dos usuários? Avalia esses espaços.
2. Em algum momento são discutidas em grupo as demandas dos usuários, em que momentos?
3. Você percebe ou percebeu alguma mudança nos serviços de saúde que seja decorrente da organização popular?

ANEXO C – CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

(Resolução 196/96 do Ministério da Saúde)

Estamos apresentando ao Sr. (a) o presente termo de consentimento livre e informado caso queira e concorde em participar de nossa pesquisa, intitulada **"AVALIAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA REGIÃO SUL DO BRASIL – CAPSUL II",** autorizando a observação, a entrevista, a realização de grupo focal e aplicação de questionários referentes as etapas de coleta de dados do estudo. Esclarecemos que o referido estudo tem como objetivo: avaliar Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul (Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná).

Garantimos o sigilo e anonimato dos sujeitos em estudo, o livre acesso aos dados, bem como a liberdade de não participação em qualquer das fases do processo. Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar como sujeito deste estudo, autorize e assine o consentimento abaixo:

Pelo presente consentimento livre e informado, declaro que fui informado (a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos instrumentos utilizados na presente pesquisa. Declaro que aceito voluntariamente participar do estudo e autorizo o uso do gravador nos momentos em que se fizer necessário.

Fui igualmente informado (a) da garantia de: solicitar resposta a qualquer dúvida com relação aos procedimentos, do livre acesso aos dados e resultados; da liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento do estudo; do sigilo e anonimato.

Enfim, foi garantido que todas as determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término desta pesquisa.

LOCAL/DATA:_____

ASSINATURA DO PARTICIPANTE:_____

OBS: Qualquer dúvida em relação à pesquisa entre em contato com:

Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas

Prof.ª Luciane Prado Kantorski.

Telefone: (53) 3921 1427 ou (53) 9983 2430. E-mail: kantorski@uol.com.br

ANEXO D – CARTA DE APRESENTAÇÃO

Coordenador do CAPS
Clodoaldo
Cidade: Alegrete

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Pelotas, ___/___/___.

ASSUNTO: AVALIAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA REGIÃO SUL DO BRASIL.

Senhor Coordenador:

O Ministério da Saúde selecionou instituições e projetos de pesquisa, entre eles a Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas para desenvolver um projeto de pesquisa na linha de Estudos de avaliação dos Serviços em Saúde Mental com ênfase nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Eu, Luciane Prado Kantorski, enfermeira e professora Doutora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, em parceria com Docentes da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, estou Coordenando o Projeto de pesquisa **AVALIAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA REGIÃO SUL DO BRASIL – CAPSUL II** e venho por meio deste apresentar o referido projeto e solicitar a apreciação desta coordenação bem como da equipe do serviço e demais órgãos hierarquicamente implicados sobre o interesse em colaborar com nosso estudo recebendo nossa equipe de pesquisadores no serviço.

Apresentamos a seguir os objetivos do estudo de avaliação e um breve detalhamento do projeto.

Objetivo:
Avaliar Centros de Atenção Psicossocial (I, II, III) da Região Sul (Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná).
METODOLOGIA:

A presente pesquisa, buscando ampliar os eixos da avaliação, constitui-se de um estudo qualitativo e quantitativo. Essas abordagens privilegiam diferentes dimensões do objeto da avaliação que, de forma complementar, oferece diferentes eixos para os

julgamentos, possibilitando uma maior riqueza do conhecimento de como estão funcionando esses serviços.

Deste modo, dividimos a apresentação do projeto a partir de dois subprojetos, a saber:

- ⇨ **Estudo de Avaliação Qualitativa de CAPS** – avaliação construtivista, responsiva com abordagem hermenêutico-dialética.
- ⇨ **Estudo de Avaliação Quantitativa de CAPS** – abordagem epidemiológica

A seguir apresentamos os dois subprojetos.

Nesta fase estamos realizando o estudo qualitativo e através desta carta apresentamos nossos entrevistadores **xxxxxxxx**, que irão desenvolver o trabalho e campo no mês de julho e agosto de 2011, realizando entrevistas com usuários, familiares, trabalhadores dos CAPS, coordenador do CAPS; grupos focais. A seguir brevemente detalhamos os objetivos da pesquisa.

ESTUDO DE AVALIAÇÃO QUANTITATIVA DOS CAPS DA REGIÃO SUL – abordagem epidemiológica

OBJETIVO GERAL

Avaliar a estrutura, o processo e o resultado da atenção em saúde desenvolvida pelos CAPS I, II, III da região sul do Brasil – RS, SC, PR.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as condições estruturais dos CAPS da região sul.

Condições relacionadas a:

- Área física;
- Recursos humanos;
- Recursos materiais;

- Avaliar o processo de atendimento nos CAPS da região sul: processo de trabalho e organização da ação em saúde.

Para a avaliação do processo de atendimento psicossocial, desenvolvido nos CAPS, será realizada uma auditoria dos registros dos usuários, com verificação do conteúdo relativo a:

- Projeto terapêutico do serviço;
- Plano terapêutico individual do usuário;
- Normas e atividades padronizadas;
- Sistema de referência e contrarreferência;
- Registro de atendimentos em prontuários.

O processo de trabalho será avaliado através:

- Satisfação dos trabalhadores de saúde;
- Perfil dos trabalhadores;
- Condições de trabalho;
- Sobrecarga de trabalho.

- Avaliar resultados da atenção em saúde mental desenvolvido pelo CAPS II

A partir do usuário:

- Padrão de saúde do usuário;
- Autonomia;
- Inserção;
- Cidadania;
- Satisfação.

E a partir do familiar:

- Satisfação;
- Sobrecarga.

Reforçamos a importância da contribuição do serviço no sentido de acolher o estudo possibilitando que possamos disponibilizar para o Ministério da Saúde e para os CAPS ao final da realização do projeto um banco de dados de avaliação que permita uma tomada de decisões qualificando cada vez mais este tipo de serviço que tem um papel fundamental e estratégico no processo de reforma psiquiátrica.

Colocamo-nos a disposição para eventuais esclarecimentos e despedimo-nos.

Atenciosamente.

ANEXO E – PARECER DO PROJETO DE PESQUISA

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER N º 176/2011
Profª Dra. Luciane Prado Kantorski e Prof. Dra. Vanda Maria da Rosa Jardim

PARECER PROJETO DE PESQUISA

Senhoras Pesquisadoras:

De acordo com a reunião deste Comitê em 21/03/2011, Ata nº 001/2011 informamos que o projeto sob sua responsabilidade, intitulado: **"Avaliação do Centro de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil – CAPSUL II".**

Protocolo interno N º 017/2011

Recebeu o seguinte parecer: **APROVADO**

Pelotas, 21 de março de 2011.

Prof.ª Dr.ª Marilu Correa Soares
Coordenadora CEP-FEN-UFPel
COREN-RS 21885