

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL**

JOYCE PAULA DE SOUZA PEREIRA FERREIRA

**MEMÓRIAS DE UMA VIAGEM CARTOGRÁFICA:
A GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO E O EXERCÍCIO DO CUIDADO NO
CAPSI DE VITÓRIA**

VITÓRIA

2016

JOYCE PAULA DE SOUZA PEREIRA FERREIRA

**MEMÓRIAS DE UMA VIAGEM CARTOGRÁFICA:
A GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO E O EXERCÍCIO DO CUIDADO NO
CAPSI DE VITÓRIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional, da Universidade Federal do Espírito Santo, do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Institucional na área de Subjetividade e Clínica.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Luciana Vieira Caliman

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Janaína Mariano César

VITÓRIA

2016

Joyce Paula de Souza Pereira Ferreira

**MEMÓRIAS DE UMA VIAGEM CARTOGRÁFICA:
A GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO E O EXERCÍCIO DO CUIDADO NO
CAPSI DE VITÓRIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Institucional.

Vitória, 21 de Setembro de 2016.

COMISSÃO EXAMINADORA

Profa. Dra. Luciana Vieira Caliman
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

Profa. Dra. Janaína Mariano César
Universidade Federal do Espírito Santo
Co-orientadora

Profa. Dra. Ana Paula Figueiredo Louzada
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dra. Analice Palombini
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

AGRADECIMENTOS

Agradecer é sempre bom, seja quando no mercado alguém lhe devolve o troco, ou quando se recebe uma flor, ou quando alguém senta ao lado e se faz companhia. Divide conosco nossas empreitadas e faz da viagem uma passagem leve.

Agradeço primeiramente a Deus, saber das minhas incertezas.

Agradeço ao meu parceiro Abraão, àquele que não consigo agradecer sem me emocionar, pois em todos os momentos ele está comigo. Em sua forma única de amar, a que cuida. Experimentamos juntos a viagem-mestrado, a universidade, a capital Vitória, os deslocamentos, as angústias do processo de escrita. Parceria, aconchego e muito desassossego. Lia e Bella, obrigada pelos 'lambeijos'.

Agradeço à minha família que não é das maiores, mas é presença intensa. Meu avô Edmyrson com quem aprendo diariamente que a vida é uma só e que ainda dá tempo de aproveitar bastante. Meu pai Pedro Paulo, minha mamãe Rosa e minhas irmãs Elyana e Roberta.

Agradeço aos meus sobrinhos, minhas preciosidades: Sophia, Arthur e Karolina. Essa tal de Karolina muito me ensinou no tempo que brincamos de mãe e filha, as vivências ainda estão pela casa e pelo corpo.

Agradeço à outra parte da minha família, "aos Ferreira". À minha sogra (em memória) que em outubro de 2015 concluiu sua viagem, deixando um rastro de amor e de cuidado. Às minhas cunhadas Eliane e Sandra sempre com sorriso aberto, sempre perto. Obrigada por tudo.

À Ana Cristina Scopel, minha madrinha, por sonhar junto comigo esse mestrado ainda no final da graduação. Dedico a você mais essa conquista entre tantas que partilharemos. À Fabiana e Ruy por igualmente acreditarem nessa aposta. Gratidão pelo aprendizado e pelos encontros.

Aos meus colegas da Turma 08 com quem partilhei de momentos saborosos, de muito aprendizado e de (des)construção coletiva. A todos e todas e em especial Júlia, Rayanne, Ozilene, Felipe, Flávia, Rafael, Líbia. Ao nosso (quase) grupo de estudo sobre o Anti-Édipo.

Agradeço à minha orientadora Luciana Talismã. É sempre alegre lembrar-me de quando Abraão trocava seu sobrenome de Caliman para Talismã. Uma inversão certa Lu, pois você, assim como um talismã, tem a potência de nos atrair pra mais perto, como um encantamento. Minha gratidão pelos encontros, pelas interferências e, principalmente por me possibilitar o agenciamento com a estratégia GAM. Pesquisar junto de você implica uma multidão, como nos lembra Deleuze: “*Sempre se trabalha em vários, mesmo quando isso não se vê*”¹. Com você aprendi que nossas intervenções se dão micropoliticamente, “um trabalho de formiguinha” que se dá pelo contágio, pelo afeto. Muito obrigada por tudo Lu.

Agradeço à minha co-orientadora Jana Mariano, com afetos indizíveis. Fomos construindo essa relação a três em que co-orientar nada tem a ver com relação hierárquica, mas afirma um modo de cuidado na pesquisa: fazer junto. Um olhar clínico e afetuoso que desmonstra qualquer defesa (a Jana vê a gente de um jeito que só ela consegue). Obrigada por me auxiliar nas passagens, obrigada por entender que essa coisa de análise leva um tempo e meche conosco, convoca reposicionamento. Jana, você é a prova de que a vida é generosa. Imensamente grata!

Agradeço com muito afeto ao grupo de pesquisa *Fractal*, vocês são demais: Victória, Luana Covre, Bárbara (e como é), Pedro Pirovani, Pedro (Enos), Meiri, Lygia, Mirela, Natalia Domitrovic, Karin, Alana, Renata... Reticenciar porque esse grupo não para de crescer.

Agradeço minha querida parceira de GAM Luana Gaigher, muito bom saber que agora no mestrado você continua cuidando de questões que iniciamos com esse grupo.

¹ (DELEUZE, 2013, p. 160)

Agradeço a Getúlio e Dani Stange pelos momentos de produção coletiva, pelo apoio na qualificação e em tantos outros momentos.

Agradeço ao meu 'docinho de pavê' Adrielly, Drica, Dri. Um encontro tão inesperado e acolhedor em muitos aspectos. A primeira frase que você me disse sem ao menos me conhecer foi: "Você tem lugar pra ficar?". E essa frase fica ressoando, porque Drica é um lugar pra ficar. É um afeto que dura.

Agradeço também a Felipe pela troca. Pelas horas e horas a fio que passamos conversando seja por mensagens, seja por ligação, seja pessoalmente. Compartilhamos de produtivas madrugadas e nem mesmo a distância foi impeditivo para que um pudesse servir de amparo ao outro. Vou retificar o que disse uma vez, não "estamos juntos até 2016", estaremos juntos, sem prazo de validade. Valeu Lipe!

Agradeço a Ana Paula Foucault. Abraão também achava que esse era seu sobrenome, pois eu sempre me referia a você em algum contexto que envolvia Foucault, sobretudo no início do mestrado enquanto lia os materiais para aula contigo. E como aprendi! Obrigada pelo privilégio da presença na banca da qualificação e também na defesa. Agradeço igualmente a Analice Palombini pelas preciosas considerações no momento da qualificação e pela constante abertura. Gratidão queridas!

Agradeço ao CAPSi com toda direção e equipe, sobretudo aos profissionais que de forma direta estiveram conosco no grupo GAM.

Agradeço às mulheres que participaram conosco no grupo GAM no CAPSi. Vocês são importantíssimas para este trabalho, não apenas este trabalho-dissertação, mas o trabalho de recriar coletivamente e cotidianamente práticas de cuidado.

Agradeço à UFES e ao PPGPSI. Agradeço aos professores que compõem este programa, foi belíssimo vê-los "saindo dos livros", conhecê-los. Bons encontros tivemos. À Soninha e Silvia (maravilhosas), muito obrigada!

À CAPES por financiar esta pesquisa.

*De longe ela via o pasto cercando o asfalto e foi seguindo a viagem. A paisagem
ao modificar-se, também a modificava. E ela de si mesma foi se desfazendo. O
asfalto esfarelado junto com ela, virando poeira, banhado de chuva.
Reconstruíram-se em meio à poeira e a chuva. Reinventaram-se, ela e o asfalto,
o caminho e o tempo, o mapa e seus atalhos.*

RESUMO

Esta dissertação se interessa em narrar uma trajetória de pesquisa que tem como fio condutor o cuidado. Pesquisa que se realizou em interface com o Projeto brasileiro da Estratégia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM-BR), especificamente em Vitória (Espírito Santo) em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi). Esta escrita enuncia um desdobramento da GAM-BR em sua experiência inédita com Grupo de Intervenção com Familiares de crianças e adolescentes (GIFs) e, ao longo desta, busca-se analisar as questões que essa experiência produz no próprio dispositivo, no serviço, nos familiares, nas crianças e nos pesquisadores. Para essa análise, a escrita convoca, além do diário de campo, outros registros como áudios, memórias e narrativas produzidos coletivamente pelo grupo de pesquisa que tem sustentado o trabalho com a GAM no CAPSi – o grupo *Fractal*. Tendo como referencial metodológico a Pesquisa-Intervenção e o método cartográfico busca-se cultivar pistas para a problematização de modos de cuidar normalizantes, tutelares, solitários e sobrecarregados, possibilitando a emergência de novas práticas de cuidado que se efetuam de maneira coletiva, constituindo outros modos de existência e normatividade.

Palavras-chave: Cuidado; Gestão Autônoma da Medicação (GAM); grupo; familiares; normatividade; Capsi

ABSTRACT

This dissertation aims to narrate the path of a research which had care practices as a guiding line. This research was conducted in relation with the Brazilian version of the strategy for autonomous management of medication (GAM-BR), specifically its usage in the Center for Childhood and Adolescence Psychosocial Attention (CAPSi) in Vitória, Espírito Santo. The present writing enunciates an unfolding of the strategy in the context of an unprecedented experience in an Intervention Group with Parents of children and adolescents (GIFs). We aim to analyse the issues that arose from this experience, reflecting on the strategy itself, but also on the workers of the service, the parents, the children and the researchers. In order to realize this analysis, this work considers the researcher's field diary, but also audio records and writings created collectively by the research group which has sustained the experience with the GAM strategy in CAPSi - the *Fractal* group. As methodology, we rely on the idea of an intervention-research and the method of cartography, seeking to weave clues for the construction of new care practices that, instead of being burdens, normalizing and solitary, are collective, composing new ways of existence and normativeness.

Palavras-chave: care practices; autonomous management of medication (GAM); group; normativeness; CAPSi

Sumário

1. COMO RECONQUISTAR O INESPERADO? O INESPERADO É UMA CONDIÇÃO DE TRABALHO .	11
2. A GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO E O CUIDADO	14
2.1. Trazendo na testa o pó da viagem	14
2.2. E sempre encontramos aliados que queiramos ou que nos queiram: A Gestão Autônoma Da Medicação e o cuidado	17
2.2.1. A estratégia GAM (Gestão Autônoma da Medicação)	18
2.2.2. Sua caixa de ferramentas	26
2.2.3. Seu dispositivo.....	29
2.2.4. Caminhos metodológicos	36
3. “É QUE, NA VERDADE, NOSSA VIDA É CUIDAR DELES”: PROBLEMATIZANDO O IDEAL DE NORMALIDADE NA PRÁTICA DO CUIDADO	46
3.1. Deixar falar a experiência que nos atravessa.....	52
3.2. Algumas pistas da objetificação do cuidado	54
3.3. A sobrecarga familiar: quando cuidar se torna um peso	57
4. CUIDADO E NORMATIVIDADE	78
4.1. Mapear	78
4.2. Recolocar: a GAM e os exercícios do cuidado.....	84
4.3. Escutar, confiar, apoiar: verbos do cuidado.....	94
CONSIDERAÇÕES DE AGORA	102
<i>Debaixo D'agua</i> (Amaldo Antunes).....	103
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	106

1. COMO RECONQUISTAR O INESPERADO? O INESPERADO É UMA CONDIÇÃO DE TRABALHO²

Por onde se começa uma pesquisa? Por onde se pode começar a escrever? Esta dissertação busca narrar uma trajetória, narrar a viagem, e por isso não tem começo, meio ou fim. Apenas intensidades que trazem o inesperado como material de análise e recolocam os problemas durante toda a pesquisa.

Segundo Barros & Barros (2013) o que move a análise na pesquisa cartográfica são os problemas. Sendo assim, um problema é inaugurador de novos problemas e “o que orienta o desenvolvimento da análise é o próprio problema que passa por modulações ao longo do processo de pesquisa” (BARROS & BARROS, 2013, p. 378). Ou como nos afirma Passos & Kastrup “Não partimos de problemas dados, mas operamos o desenho do campo problemático” (2013, p. 394).

Como uma pesquisa que bebe das fontes da Pesquisa-Intervenção e do método cartográfico, esta vai se construindo no caminho e no caminhar. O trabalho que compõe esta dissertação é um recorte de uma pesquisa ainda em curso com ênfase no segundo semestre de 2014 e primeiro semestre de 2015.

Uma escrita que se debruça sobre a problematização do cuidado como sobrecarga, prática isolada e sobreimplicada, fundamentada na lógica da normalização, medicalização e tutela. Analisando tais práticas, apontamos o cuidado como exercícios de si, como uma prática coletiva. Trafegamos com muita diligência pela rota “do ideal de normalidade a uma normatividade possível”, não como um caminho de mão única, mas como idas e vindas, construindo fronteiras habitáveis.

O capítulo intitulado “**A Gestão Autônoma da Medicação e o cuidado**” traz a construção de uma parceria com alguns aliados que encontrei na estrada: a universidade, o grupo de pesquisa Fractal, a estratégia GAM e outros coletivos que margeiam esses encontros. Neste primeiro capítulo buscamos também

² (DELEUZE, 2013, p. 139).

explicitar os principais eixos da estratégia GAM e articulá-los com a experiência local com o grupo de familiares de crianças e adolescentes do CAPSi de Vitória. Para isso apresentamos a GAM, narrando de sua potência de contágio e aposta no cuidado pela via da cogestão e da autonomia. Trazemos apontamentos sobre o Guia da GAM que foi produzido como uma ferramenta renovadamente reinventada por seus usos e atores, analisada pelo que põe a funcionar, imersa no dispositivo grupal.

Ao longo do processo de escrita vamos nos debruçando sobre os diários de campo, os áudios e as memórias dos encontros, as narrativas e até mesmo singelas falas de participantes do grupo GAM, escritos que compõem o corpo deste trabalho. Singulares e pinçados de afeto, esses enunciados expressam alguns movimentos do grupo.

No capítulo **“É que, na verdade, nossa vida é cuidar deles: problematizando o ideal de normalidade na prática do cuidado”** trago como disparador de conversa a primeira narrativa GAM. Por seu caráter híbrido e polifônico, traz em sua composição diversos elementos de análise: o recomeço de um ciclo de trabalho, os efeitos dos medicamentos, o diálogo com o saber médico, os diagnósticos, o preconceito e a intolerância, a importância de fortalecer parcerias, tecer redes, entre tantos outros. Pinçamos nela – e com ela – alguns elementos que se acoplam ao cuidado e que dizem de um momento específico do grupo, de questões que se colocavam e de possíveis reposicionamentos: Como o cuidado tem se dado?

Busca-se problematizar as práticas do cuidado e a lógica de normalidade que as sustenta e para isso temos como analisador a questão da sobrecarga familiar, uma questão que emerge no processo grupal, para pensar os efeitos da objetificação do cuidado que atravessam o grupo GAM. Quando cuidar torna-se um peso?

Para reposicionar o cuidado era preciso analisar quais eram as engrenagens da sobrecarga. Três pontos se colocam para nós como ancoragens da sobrecarga: as práticas de cuidado como dependência mútua e aprisionante, a naturalização do direcionamento do cuidado à figura feminina e a construção de

um não lugar para a criança no cuidado. Práticas de cuidado que produzem relações de assujeitamento e falam de um não acesso à liberdade.

A sobrecarga é construída e sustentada a partir de uma relação com discursos de verdade que nos atravessam. Instituem-se modelos idealizados de como ser mulher, ser mãe, ser criança, ser cuidador, que atravessam as relações com os familiares, a escola, o bairro, os serviços de saúde e a sociedade de modo geral. Ocupamo-nos de perturbar estes modelos que se instituem pela sobrecodificação e cristalização do sujeito e do cuidado.

O capítulo “**Cuidado e normatividade**” vai recolocar questões acerca da sobrecarga familiar e mapear como esse modo de cuidado compareceu no grupo. A sobrecarga emerge substancializada, justificada por ideais de normalidade e ancorada pelo lugar instituído do feminino e da mulher na tradição do cuidado, pelo cuidado objetificado e pelas práticas de tutela, produzindo grande sofrimento. A análise neste capítulo passa também pela problematização da sobreimplicação como uma faceta da sobrecarga, uma vez que a sobreimplicação nos impossibilita de proliferar versões, analisar as implicações e coletivizar as práticas de cuidado.

Michel Foucault (1926-1984) é um autor com o qual dialogamos durante toda a escrita dessa dissertação. Seu trabalho acerca da noção do cuidado de si nos pareceu bastante pertinente para reposicionar as práticas de cuidado que compareciam no grupo. Partimos acompanhados desta noção de cuidado retomada por Foucault como exercícios de si (2010). Escuta, confiança e apoio: alguns dos exercícios que nos possibilitam redistribuir o cuidado e possibilitam dissolver sobrecargas.

Por entre esses exercícios é feita a estrada que nos interessou caminhar: conseguir compor outras formas de cuidado e, com isso, compor outros modos de vida; desviar-se à possibilidade de uma ética do cuidado menos instituída, pedagogizada, medicalizada, psiquiatrizada e mais autoconstituída, normativa, engendrada coletivamente.

2. A GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO E O CUIDADO

2.1. Trazendo na testa o pó da viagem³

A viagem não começa enquanto escrevo esta frase, nem enquanto fico aqui pensando em como será a próxima. A viagem começa com um suspiro não datado, num momento de inconformidade com o que se ouvia, lia, repetia.

O gorjeio das aves estava amordaçado, canto mudo tal qual uma lata vazia. Era preciso fazer cantar outros tons, outros ritmos. Era preciso um lá. Cantar em coro, em bando. Era preciso viagem. Não somente porque a viagem rejuvenesce as coisas e envelhece a relação consigo mesmo (FOUCAULT, 2014), mas também como um modo de conduzir uma empreitada, experimentar outros mundos.

O que aqui se escreve é o que se viveu durante a viagem, dedicada a percorrer caminhos que tenham coração, como Dom Juan em sua sabedoria advertia Castañeda:

Para mim só existe percorrer os caminhos que tenham coração, qualquer caminho que tenha coração. Ali viajo, e o único desafio que vale é atravessá-lo em toda a extensão. E por ali viajo olhando, olhando, arquejante (CASTAÑEDA, s/d. p.4).

Mas que seria viajar? É passar, antes de tudo, por uma preparação. É tirar passaporte, é procurar o melhor roteiro, é passar horas, dias, meses narrando as expectativas com relação à viagem. E quando o grande dia chega, o corpo que se preparou para ser capaz de experimentar um mundo estranho tem dificuldade em compreender o que agora experimenta. Efeito perturbador de um encontro que une mundos.

Qual saída foi possível? Desfrutar da experiência sem as considerações que habitam um depois. Isso não significa, de todo modo, embarcar como um tolo. Significa embarcar como uma criança, ainda aprendendo a caminhar. Cada

³ Teddy Vieira. **Rei do Gado**. Intérpretes: Tião Carreiro e Pardinho. 1996.

passo é como um rabisco que a gente vai riscando por onde passa, construindo a estrada margeada de vida.

E nesse caminho feito pela chuva, fui experimentando velocidades até então desconhecidas. Habilitando um sentido de direção, pois como nos alerta Deleuze (2013) não somos tão idiotas ao ponto de viajar somente pelo prazer, se viajamos é para verificar algo, para ver de perto. O ‘verdadeiro’ viajante sempre tem algo a verificar.

Buscava unir o percurso de uma vida a uma aposta de pesquisa. Mas para isso, como nos aponta Dom Juan, eu precisava de um aliado, um lugar favorável e um mestre. Confiada a esses três componentes me acharia capaz de empreender uma busca acerca das práticas de cuidado inseridas nas políticas públicas em saúde. A UFES era meu vislumbre de lugar favorável.

Por sorte encontrei logo meu aliado, não muito longe da estrada. Ter um aliado me qualificava, distinguia-me dos demais. Meu aliado não tinha forma definida, era um hecceidade⁴.

Havia uma neblina cobrindo toda a pista e com a visão um tanto ofuscada vi uma placa ocultada pelo mato, que já tomava conta: **SAÚDE MENTAL À 200M**. Dei seta para a esquerda e entrei. E esse desvio me levou até mais perto de meu aliado: o grupo de pesquisa *Fractal*, um grupo forte e sedutor. Para mim a viagem já era suficiente, mas multiplicada a este grupo, me sentia muito mais corajosa, curiosa.

Um desvio que enunciava em mim novas inquietações de pesquisa construídas no caminhar. Pertencer a este grupo permitiu-me, com novas lentes, alinhar o foco deste trabalho. As andanças em grupo, a (COM)vivência e a relação experimentada foi condição para a construção de um problema de

⁴ “Em toda a sua obra, e com Guattari, Deleuze faz valer um outro processo de individuação, modal e não substancial, que não se define como um corpo, um sujeito, uma forma ou um órgão, mas como um acontecimento, e que ele chama de hecceidade” (SAUVAGNARGUES, 2010, p. 20).

pesquisa e a produção de um corpo pesquisador. Corpo que se encontrava rostificado.

Mas a operação não pára aí: a cabeça e seus elementos não serão rostificados sem que o corpo inteiro não o possa ser, não seja levado a sê-lo, em um processo inevitável. [...] A mão, o seio, o ventre, o pênis e a vagina, a coxa, a perna e o pé serão rostificados (DELEUZE & GUATTARI, 2012, p. 39).

Os autores Deleuze e Guattari em sua coleção Mil Platôs, especificamente no seu terceiro volume, trazem-nos uma discussão muito rica acerca da produção social de rostos. Sendo uma questão de máquina social, é importante colocar que o rosto não é da ordem do individual, mas é uma questão de individuação, agenciamentos de poder. Rostos prontos como figuras *prêt-à-porter*, por exemplo, rosto-pai, rosto-aluno, além de binarismos pai-filho, réu-juiz, professor-aluno. Somos inúmeras vezes tentados a nos engancharmos nestes rostos. Às vezes de forma silenciosa, sorradeira, outras vezes de forma descoberta, gritante. Controlamos nós mesmos ‘nossos’ rostos: vamos assim rostificando o corpo e sua indumentária, quadriculando nossa superfície. Afinal, as máquinas de rostidade não se efetuam apenas nos rostos, mas nos corpos e produzem modos neutralizados, anestesiados de sensações.

A densidade e a leveza construídas em/pelo grupo foram produzindo hiatos: produção de deslocamentos e aberturas que se dão através dos encontros (HENZ, 2005) forjando um pertencimento incorporado a um plano de consistência⁵. Daí a importância de habitar outros mundos para além dos nossos, viajar junto, experimentar junto, produzir continuidade, garantir a existência e sustentar a experiência.

Este aliado é necessário para realçar a vida de um homem, orientar suas ações e aumentar seus conhecimentos. De fato, um aliado é o auxiliar indispensável do conhecimento. Dom Juan falou isso com muita convicção e força. Pareceu escolher as palavras com cuidado. [...] Um aliado é um poder capaz de transportar o homem além dos limites dele mesmo (CASTAÑEDA, s/d, p. 25).

⁵ O plano de consistência pode ser entendido como uma “rede de múltiplas conexões transversais de fluxos heterogêneos e independentes que produzem territórios e modificações dos territórios existenciais constituídos. Nos encontros, os corpos ganham a potência de produzir novos enunciados, sempre coletivos, inventam outros corpos, maquinam alegria e dor, engendrando outras subjetividades e seus próprios objetos” (NEVES, 2012, p. 68).

O grande mote para mim era: Como habitar o grupo buscando criar pontos possíveis de conexão? Como singularizar? Como distinguir qual seria meu pedaço de terra nesse grande latifúndio? Como habitar uma pesquisa maior e fazer dela um singular? Do que estive me ocupando e me autorizando a narrar? Quais pontos me caberiam conceder maior importância e quais pontos seria preciso que eu acompanhasse apenas pelo buraco da fechadura?

Algumas questões ficavam suspensas, aéreas, a bem da verdade, a gente vai chegando, participando, construindo amizades e a pesquisa vai alçando voo. Como seria “singularizar a pesquisa”, experimentando-a num plano intensamente coletivo? Num certo momento é preciso que se “cave o buraco com suas mãos” – digo isso, contudo, sem responder à questão, pois as mãos foram muitas – livre do medo e das ambições, livre para buscar um caminho. E é nesse momento que escolhemos um mestre, pois quando se busca singularizar a pesquisa, não se pretende subjetivismo ou ensimesmamento. Ainda que num plano singular, o trabalho implicacional é fornecer uma expressão dessubjetivada a escrita, mergulhar no plano impessoal e tensionar pontos de vista proprietários (PASSOS & EIRADO, 2009).

Um mestre não é visível, palpável ou medido, ele é uma força conhecida por seus efeitos, um modo de conexão com os aliados. O mestre a quem me reporto nesta é o cuidado. Ele nos servirá de companhia na viagem, fio condutor e método.

2.2. E sempre encontramos aliados que queiramos ou que nos queiram⁶: A Gestão Autônoma Da Medicação e o cuidado

Meu aliado, não chegava sozinho de suas empreitadas. Escolheu para si os seus. Trazia consigo marcas de uma trajetória daquilo que viveu, ouviu e leu. Isso porque não estamos sozinhos quando viajamos: buscamos tecer redes, compor parcerias, zonas de vizinhança.

⁶ (DELEUZE, 2013, p. 18).

Junto a mim estiveram alguns coletivos maiores, uma vez que se avizinham de meu aliado. Assim, na imagem de uma teia de aranha, estivemos todos emaranhados: eu, meu aliado e os seus⁷. Buscávamos construir brechas, rachaduras, notas de saída necessárias na saúde mental e, para tanto, nos valíamos de uma estratégia, uma ferramenta e um dispositivo. Escrevo assim, disjuntivamente, para que possa arejar a tua compreensão. Vamos adentrar numa extensão que requer de nós uma atenção um pouco mais aplicada, pois sem muita dificuldade, é possível embaralhar-se nesses três pontos.

2.2.1. A estratégia GAM (Gestão Autônoma da Medicação)

Está sempre atento às coisas sutis, aos mínimos detalhes, faz parte de uma arte da GAM, de fortalecer as pequenas diferenças e de reencontrar, onde não se espera, novos ares (CAMPOS *et al*, 2014, p. 36).

Como seria se a experiência dos usuários de psicofármacos fosse considerada em seu tratamento? O que mudaria se a experiência assumisse primeiro plano em relação às normas e prescrições sociais? Como seria pôr em diálogo os usuários, os profissionais de saúde e os familiares? Conhecemos o quão ricas, diversas e potentes podem ser as práticas de cuidado em saúde mental no cotidiano de seu fazer, a bem da verdade elas escapam aos protocolos padronizados, resistem. Acreditando nessa potência, trazemos a estratégia GAM, “como nova abordagem do sofrimento psíquico” (MELO, 2015, p. 19).

Antes mesmo de minha chegada, já era um desafio de meu aliado conseguir operar com esta estratégia⁸. À medida que a apresentarei, iremos

⁷ Refiro-me ao coletivo de pesquisa envolvendo UFF (Universidade Federal Fluminense), UFRJ (Universidade Federal do Rio de Janeiro), UNICAMP (Universidade Estadual de Campinas) e UFRGS (Universidade Federal do Rio Grande do Sul) entre outras parcerias agenciadas.

⁸ Para aprofundamento desses momentos da pesquisa ver dissertação: **As Práticas Farmacológicas com o Metilfenidato: habitando fronteiras entre o acesso e o excesso** (DOMITROVIC, 2014). Ver também CALIMAN, L. V. & DOMITROVIC, N. Uma análise da dispensa pública do metilfenidato no Brasil: o caso do Espírito Santo. **Physis** (UERJ. Impresso), v. 23, p. 879-902, 2013. E ainda CALIMAN, L. V. & PIROVANI, P. H. A experiência do uso de metilfenidato em adultos diagnosticados com TDAH. **Psicologia em Estudo** (Online), 2014.

também apontando alguns encontros, desafios e as especificidades locais da pesquisa-intervenção com a GAM proposta pelo grupo *Fractal*.

A GAM começou a ser desenvolvida no Canadá, na cidade de Québec, em 1993, numa conjuntura de pouca ou nenhuma crítica ao uso dos medicamentos em saúde mental (CAMPOS *et al*, 2014). A iniciativa partiu de grupos de usuários com intuito de afirmar a importância e a singularidade da experiência de uso de medicamentos. Cabe ressaltar este caráter coletivo pelo qual a GAM foi construída com a marca forte dos usuários e dos serviços alternativos e comunitários em saúde mental, no Québec.

A “importação” ou adaptação da GAM no Brasil foi desenvolvida através de uma pesquisa multicêntrica⁹, entre 2009 e 2014, que se encarregou da tradução, adaptação, validação e de semear a estratégia GAM pelo país. A aposta é que a disseminação dessa estratégia aconteça através da propagação de seus efeitos que extravasam lugares e temporalidades da pesquisa e se desdobram para os serviços, a rede de saúde e o território (MELO, 2015). Os efeitos irrompendo vias de contágio: “É do encontro, do contágio recíproco ali operado entre as diferenças puras, constituintes do plano coletivo de forças, ou coletivo transindividual, que as novas formas ganham realidade” (ESCÓSSIA & TEDESCO, 2009, p. 100).

Um corpo aberto não mais se fecha

Laparatomizado

A inclinação de um corpo poroso é para o movimento de

abrir-se cada vez mais

Como uma lepra

⁹ Refiro-me ao coletivo de pesquisa envolvendo UFF (Universidade Federal Fluminense), UFRJ (Universidade Federal do Rio de Janeiro), UNICAMP (Universidade Estadual de Campinas) e UFRGS (Universidade Federal do Rio Grande do Sul). Para aprofundamento desta fase de adaptação ver: ONOCKO CAMPOS, R.T. *et al*. Adaptação Multicêntrica do Guia para a Gestão Autônoma da Medicação. In: Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Vol.16, Nº 43, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n43/aop4412.pdf> e ONOCKO CAMPOS, R.T. *et al*. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. In: Ciência & Saúde Coletiva, vol. 18, nº 10, outubro 2013, p. 2889-2898. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n10/v18n10a13.pdf>.

Que dissemina

Devir-leproso

*é contagiar.*¹⁰

“A GAM promovia, assim, uma espécie de contaminação: os problemas não estavam isolados uns dos outros e eles envolviam cada vez mais gente (BARROS, 2015, p. 229). Contagiados pela GAM e com o interesse em criar espaços de conversa que colocassem lado a lado familiares, usuários e profissionais de saúde, numa conversação em torno da experiência da medicação, faltava ainda para o grupo no Espírito Santo um lugar favorável onde pudessemos pô-la em prática. Então junto com o CAPSi¹¹ – Centro de Atenção Psicossocial da Infantil e Juventude de Vitória – encontramos possibilidades de refazer a rota e seguir viagem.

Como venho de Cachoeiro de Itapemirim, interior do Espírito Santo, seria esperado que eu não conhecesse um CAPSi, haja visto que o CAPSi de Vitória atualmente é o único do estado. Mas se tratava de algo mais profundo, pois eu nunca havia estado em um CAPS – Centro de Atenção Psicossocial – até então. O companheiro ou a companheira deve se perguntar: Como alguém se forma em Psicologia, na atualidade, sem conhecer os serviços substitutivos em saúde mental?

¹⁰ Diário de Campo.

¹¹ Os CAPSi foram implantados pelo SUS na montagem da rede de saúde mental infanto-juvenil a partir de 2002. Foram destinados a operar o cuidado de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira e do SUS, tais como universalidade, integralidade, intersetorialidade, multidisciplinaridade e a noção de rede e território. Inaugurado em setembro de 2007, o CAPSi de Vitória é a primeira instituição pública do município e do estado destinada exclusivamente a crianças e adolescentes no tratamento e assistência integral em saúde mental. “Os CAPSi devem estar abertos à verificação da potência da proposta pública que representam, de seus principais desafios e vias de superação” (COUTO, 2012, p. 51).

Ocorre que, o movimento a que se denomina Reforma Psiquiátrica brasileira¹² não é “garantido” em si mesmo; as leis e datas são acontecimentos, marcos históricos e legais fundamentais para o surgimento de uma política pública em saúde mental, contudo não suficientes para a sua efetivação, principalmente nos municípios de médio e pequeno porte. Até então só conhecia o “lado avesso” da história, muito rapidamente, em visitas a Clínica de Repouso Santa Isabel em Cachoeiro, historicamente conhecida por sua estrutura e funcionamento manicomial e somente recentemente descredenciada do SUS (após intensa luta do movimento da luta anti-manicomial no ES). Interessante acrescentar que Cachoeiro de Itapemirim é o polo da região sul do Estado no tratamento/internação na Saúde Mental.

Ainda falando sobre a Reforma Psiquiátrica, com Cristina Couto (COUTO, 2012) percebemos que ocorreu uma inclusão muito tardia da saúde mental infantil e juvenil tanto na agenda da saúde pública, quanto da Reforma Psiquiátrica brasileira. Somente a partir de 2001 que surgiram condições concretas para tornar visível a possibilidade de construção de uma política eficaz em saúde mental para a infância e adolescência. Logo, a Reforma Psiquiátrica em relação à infância não tem como sua marca a superação da lógica hospitalocêntrica, perpassando outra trajetória com características institucionais distintas:

[...] transitavam, em sua grande maioria, pelos caminhos tradicionalmente estabelecidos na institucionalização de crianças em abrigos da assistência, com ‘tratamento’ de cunho essencialmente adaptativo ou corretivo, ou eram ‘institucionalizados’ em suas próprias casas, em uma espécie de segregação e exclusão que ficou invisível até mesmo para os olhos atentos da Reforma Psiquiátrica (COUTO, 2012, p. 47).

A GAM, no Brasil, se contextualiza com a realidade social e política¹³ e busca andar ladeando os princípios da reforma. Enquanto uma novidade na saúde mental brasileira levantava (e ainda levanta) muitas questões, por exemplo:

¹² “O Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, iniciado na década de 70 do século passado, tem como marca distintiva a luta pela superação do manicômio, a defesa pela extensão dos direitos de cidadania aos pacientes mentais e a convocação da sociedade para a construção de um novo lugar social para a loucura” (DELGADO, 2001 *apud* VENTURA, 2012, p. 19).

¹³ Entendemos com Deleuze (2013) que trabalhar em saúde mental é construir um discurso que seja ao mesmo tempo político e psiquiátrico, sem que isso reduza um ao outro.

Gestão autônoma seria uma autogestão? Gestão autônoma dos medicamentos significa automedicação? Distante disto, a GAM “é uma estratégia pela qual aprendemos a cuidar do uso dos medicamentos, considerando seus efeitos em todos os aspectos da vida das pessoas que os usam” (CAMPOS *et al*, 2014, p.7). Para isso, considera a valorização da experiência singular de uso de psicofármacos dos usuários, o aumento do poder de negociação do usuário com os profissionais de saúde – incluindo o prescritor – e o suporte familiar, constituindo uma rede de apoio.

É fundamental que usuários e profissionais possam avaliar juntos em que medida os medicamentos servem mesmo à melhoria da qualidade de vida, reduzindo o sofrimento que os sintomas da doença causam; ou, se, de maneira oposta, intensificam esse sofrimento com efeitos não desejados (efeitos colaterais). É fundamental que profissionais de saúde se aproximem das vivências dos usuários; e que estes se sintam com liberdade e no direito de intervir nas condições do tratamento que seguem (CAMPOS *et al*, 2014, p. 7).

Diferentemente do cenário quebequense, a condição real de muitos usuários e familiares no Brasil é a do não acesso aos medicamentos, das longas filas de espera para atendimentos especializados. Questiona-se: "Como ter acesso aos medicamentos?". Ou seja, no que diz respeito à redução ou a interrupção dos medicamentos, já no processo de adaptação do Guia GAM no Brasil,

[...] percebeu-se que essa temática não fazia questão para os usuários brasileiros. Pelo contrário, usuários participantes dessa etapa da pesquisa salientavam que o acesso aos medicamentos era o que se lhes apresentava como crucial, e manifestavam o anseio de mais diálogo com seus médicos e maior esclarecimento sobre o porquê da medicação (ONOCKO CAMPOS *et al*, 2012, p. 972).

Lembro-me, de minha primeira paciente na clínica escola (SPA- Serviço de Psicologia Aplicada). Uma mulher, aos quarenta e dois anos de idade, que apresentava sintomas depressivos desde a infância. Fazia acompanhamento com psiquiatra e também uso de antidepressivos e ansiolíticos. Certa vez, ela chegou diferente, mais fragilizada que o habitual. Relatou-me pensamentos e ideias suicidas, e, de pronto, lhe perguntei: "Você tem tomado os medicamentos?". Já fazia seis meses que aguardava a consulta com o psiquiatra para "pegar a receita". Durante este período, o farmacêutico lhe vendia os medicamentos, mesmo sem o receituário, pois já conhecia sua história. Mas o recurso financeiro

se esgotara e ela precisou suspender o uso da medicação. Não por querer sentir os efeitos de uma interrupção abrupta dos medicamentos, mas por falta de uma rede de apoio na família e na saúde pública.

Entendemos que a experimentação da GAM no Brasil implica se colocar em um contexto que apresenta algumas questões estruturais no que diz respeito à saúde pública. Seja por ausência de recursos humanos, condições precárias de trabalho, o descaso com as redes de cuidado, a dificuldade da população em acessar os serviços, “assim como as dificuldades para marcar consultas com algumas especialidades, o grande espaçamento de tempo entre as consultas com o psiquiatra, etc., constituem fatores formadores da própria cultura política local” (CAMPOS *et al*, 2014, p. 35).

Sendo assim, a versão brasileira amplia esse debate: o ponto da retirada do medicamento, todavia reforça a importância do poder contratual nas decisões partilhadas entre usuário e profissional de saúde (ONOCKO CAMPOS *et al*, 2013).

A Gestão Autônoma da Medicação interessa-se, sobretudo pela qualidade da experiência concreta e pelo acompanhamento de seus efeitos. [...] É na micropolítica que a pesquisa com a GAM busca servir como instrumento para a contínua reativação da atitude antimanicomial, semeando a verve autonomista de sua tradição (MELO, 2015, p. 38).

Ao passo que não incita a retirada nem a diminuição dos medicamentos, são cultivados instrumentos que auxiliam na autoavaliação do usuário sobre sua qualidade de vida, o que, algumas vezes, motiva demanda de algum ajuste ou até mesmo a retirada da medicação.

O caminho que a GAM, enquanto uma estratégia de cuidado, busca traçar é o reconhecimento ético e singular do usuário sobre si mesmo, reconhecimento que via de regra se reduziu ao reconhecimento de si pelo outro, pela avaliação de outrem, pela descrição de sinais e sintomas. A GAM problematiza a redução do cuidado ao tratamento medicamentoso e propõe o aumento do poder contratual como proposta de ampliação da vida.

É a proposição de um cuidado mais autônomo ao passo que compartilhado. É pensar a autonomia na GAM como produção de sujeitos autônomos, protagonistas e com força de transformação de si e do mundo (MELO, 2015). Autonomia que se faz no acoplamento das forças entre trabalhadores e usuários como condição para a produção de saúde. Embebecida das fontes da Reforma Psiquiátrica brasileira, a GAM não pensa a autonomia pela lógica do individualismo ou independência:

Autonomia, para esse movimento, significa estar em relação com os outros, e não sozinho. Para viver a autonomia, as pessoas têm que compartilhar, umas com as outras, o que pensam e o que sentem, ao invés de se fecharem em suas ideias e posições. Essa vivência vale também para os usuários em seus tratamentos: para experimentarmos a autonomia nos tratamentos, a gestão destes precisa ser compartilhada entre todos a aqueles que estão envolvidos (CAMPOS *et al*, 2014, p. 10).

Essa aposta na gestão compartilhada do tratamento se esbarra numa espécie de “ponto cego” da Reforma Psiquiátrica (RODRIGUES, 2014), que é a prescrição medicamentosa não partilhada. A prescrição dos medicamentos ainda se constitui como uma prática privativa da clínica médica, um poder exclusivo de profissionais médicos – operador psiquiátrico contemporâneo. Melo (2015) vai afirmar que as prescrições acabam recebendo um peso maior sobre os usuários provenientes das classes mais humildes, com pouca escolaridade e baixo domínio contratual. “O saber médico é sobrevalorizado e sua palavra é assumida com força de lei” (MELO, 2015, p. 37).

Foucault (2010) aponta que todas as relações estão parasitadas pelo pensamento médico e pela preocupação médica numa constante relação entre medicalização e normalização¹⁴. Significa dizer que os deslocamentos e imbricações da sociedade de soberania até o que chamamos de sociedade de controle passam inclusive pelo controle por meio do medicamento – mais adiante na viagem buscaremos chegar nesta fronteira.

¹⁴ A normalização da vida expressa no campo médico pela possibilidade de classificação dos indivíduos em termos diagnósticos, baseados também em estudos populacionais epidemiológicos, que definem atualmente algumas das políticas em saúde mental (tanto nas propostas de tratamento como em seu aspecto preventivo), pode ser inserida naquilo que Foucault nomeia como microfísica do poder sobre os corpos (GUARIDO, 2007, p. 159).

A autonomia enquanto princípio da GAM, como já dissemos, não é independência, autossuficiência, isolamento, livre-arbítrio, mas também não é apenas o oposto disso. Não se troca a independência pela total dependência, pois existe um grau de autonomia individual que a GAM busca potencializar, assim como o conhecimento sobre si mesmo, a participação nas decisões sobre o tratamento e a importância da experiência singular do “fazer uso” de medicamentos.

A dobra que se faz do conceito de autonomia está em ser mais autônomo, quanto mais existir conexão em rede, engajamento, apoio, implicação na produção do cuidado e na gestão do cuidado, quanto maior for o suporte na relação com os serviços. Logo, implica tessituras cotidianas, inclusão e dissolução de pontos de vista, tensionamentos, descentralização de hierarquias e tomada de decisões coletivas. Em resumo, a GAM é uma estratégia de pesquisar e cuidar com o outro, compartilhando, tendo a autonomia e cogestão como princípios e como um desafio do fazer.

O desafio é fazer com que a autonomia possa ser exercitada coletivamente, na diferença entre profissionais e usuários, como forma de promover alterações na experiência coletiva de gestão dos modos de existência, por meio da corresponsabilização entre os agentes, pela construção de acordos e pactuações antes impensáveis (MELO, 2015, p. 38).

Intensamente imbricado à autonomia opera a cogestão, ou como comumente dizemos: “é a gestão que se faz junto”. Percebemos os efeitos da autonomia quando eles produzem interferência nos processos de gestão, reconfigurando as relações entre usuários, familiares, profissionais e também pesquisadores. São efeitos mapeáveis pela reciprocidade, interdependência, confiança e reposicionamento no governo de si e do outro.

Dessa forma a GAM tem contribuído para a efetivação das políticas públicas de saúde, como um exercício de ampliação de possibilidades de cuidado, disparando processos de autonomia e protagonismo, democratização nos serviços de saúde, criando e sustentando formas de tratamento coletivamente.

2.2.2. Sua caixa de ferramentas

“um objeto totalmente acessível, uma caixa de ferramentas formidavelmente aberta, contando que se queira ou se precise fazer uso dela no momento” (DELEUZE, 2013, p. 38).

Em consonância com o trabalho realizado no Canadá, o Guia GAM (Gestion Autonome de la Médication de l'Alme – Mon Guide Personel (Gestão Autônoma da Medicação da Alma – Meu Guia Pessoal, elaborado em 2001) foi atualizado no contexto brasileiro durante o período de adaptação e validação da pesquisa multicêntrica acima referida. Essa adaptação comporta a existência do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) e a Reforma Psiquiátrica (CAMPOS *et al*, 2014).

O Guia GAM se compõe por textos, figuras, informações, gráficos e questões, para incitar a reflexão sobre as experiências com uso de medicamentos. Compreendendo que, a experiência de uso é única e singular, o Guia GAM não propõe respostas prontas, certas ou erradas, mas sim o compartilhamento dessa experiência. O Guia se coloca como “uma ferramenta concreta organizada para auxiliar as pessoas que querem empreender uma reflexão a respeito de sua medicação para chegar a uma qualidade de vida mais satisfatória” (RRASMQ-ÉRASME *apud* MELO, 2015, p. 18).

A proposta é que a estratégia GAM seja posta em ato através da ferramenta concreta, que é o Guia GAM, num dispositivo grupal¹⁵ em que ele possa ser lido de forma coletiva, com interrupções, suspensões e pausas quando necessário para que todos possam compreender, partilhar e refletir. Essa seria uma das dimensões de uso do guia, pois como uma ferramenta com caráter provisório e aberto, ou seja, um dispositivo (guia) dentro de outro dispositivo (grupo), ele possibilita movimentos diversos. O guia GAM é uma ferramenta renovadamente reinventada por seus usos e atores, analisada pelo que põe a funcionar.

¹⁵ Acerca do dispositivo e sua montagem falaremos na sequência.

O Guia GAM é composto por seis passos, com suas perguntas em direção a “respostas” narradas em primeira pessoa, o usuário. Temos aqui um dos grandes desvios feito pelo Grupo GAM em Vitória. Se o Guia, em sua proposição, foi escrito endereçado aos usuários, como operar com ele num território como o CAPSi? Como pensar a estratégia GAM com o público infantil ou infanto-juvenil? Não havendo condições ainda para operar a estratégia GAM com crianças por meio da ferramenta Guia GAM e, entendendo a demanda de acolhimento do familiar no processo do cuidado, apostou-se inicialmente no grupo com os cuidadores (pais, mães, avós, tias), profissionais e pesquisadores.

O grupo era composto, em sua maioria, por familiares de pacientes que possuíam alguma relação com o metilfenidato, profissionais do CAPS e pesquisadores. Nos serviços de saúde mental com atendimentos voltados para a criança e o adolescente, além do trabalho com estes, os profissionais precisam realizar trabalhos que incluam pais, familiares e/ou responsáveis.

Este trabalho de acolhimento e aproximação da família tem sido, inclusive, um grande desafio. Para alguns autores, muitas vezes o profissional se coloca como em um “cabo de guerra”, exigindo da família algo que ainda precisa ser cultivado. Diferentemente, acreditamos que “Cabe ao profissional acolhê-los em suas dificuldades e a partir delas trabalhar para que possam assumir sua responsabilidade sem se sentirem julgados, culpados nem recriminados” (DE OLIVEIRA, 2007, p. 47).

A aposta do grupo é que este se constituísse como espaço de cuidado que incluísse os familiares, no formato de rodas de conversa, tendo como eixo disparador a experiência infantil com uso de psicofármacos, a partir de uma experimentação do Guia GAM. Se aposta também que as experiências da criança com o uso de psicofármacos possam ser trazidas à roda e nela consideradas, e que neste processo produzam deslocamentos nos pontos de vista dos familiares, profissionais e pesquisadores, bem como modulações das práticas de cuidado.

O Guia GAM brasileiro salienta que a decisão sobre o melhor tratamento se consegue a partir de uma composição entre o que os usuários sabem (baseados nas suas experiências pessoais ou de grupo), o que dizem os seus familiares sobre a experiência com o cuidado diário, e o que sabem

os médicos ou as equipes de referência sobre o uso dos remédios. Os três tipos de saberes são importantes (CAMPOS *et al*, 2014, p. 13).

Agora vejamos, além do desafio de fazer do guia uma ferramenta de produção de compartilhamento de experiências e decisões, de análise coletiva, de escuta, de acompanhamento, de produção de autonomia e cogestão, também empreendemos o desafio de fazer uso desta ferramenta para deslocar pontos de vista. O(s) ponto(s) de vista de um indivíduo são apoiados em suas experiências, que em seu ponto de partida, são experiências individuais.

A transversalidade como princípio metodológico dá direção a uma experiência de comunicação que faz variar os pontos de vista, mais do que aboli-los. Trata-se de uma utopia que, como diretriz, permite a variabilidade dos pontos de vista mais do que uma experiência sem ponto de vista que parece distante da prática factual da pesquisa (PASSOS & EIRADO, 2009, p. 116).

No dispositivo grupal – e, por isso clínica e política – as intervenções buscam desarranjar os pontos de vista individuais ou proprietários, aquecendo-os para que não se fixe em um só ponto da experiência, negligenciando os outros pontos de vista. Dissolver os pontos de vista não se trata, contudo, de um mero procedimento, mas é uma condição para análise e indicativo do potencial expansivo da bifurcação dos infinitos pontos de vista coemergentes no dispositivo grupal.

Na verdade, trata-se da possibilidade de habitar os pontos de vista em sua emergência, sem identificação e sem apego a qualquer um deles. Ser atravessado pelas múltiplas vozes que perpassam um processo, sem adotar nenhuma como sendo a própria ou definitiva conjurando o que em cada uma delas há de separatividade, historicidade e fechamento tanto ao coletivo quanto ao seu processo de constituição (PASSOS & EIRADO, 2009, p. 116).

Os familiares ao lerem o guia trafegam por pelo menos três lugares distintos: 1) o lugar daquele que volve a pergunta para si mesmo, 2) o lugar daquele que responde “como se fosse a criança” e 3) o lugar daquele que interroga a criança. Nada comum interrogar crianças acerca de suas experiências de uso de medicamentos, os efeitos sentidos em seu corpo, da sua vivência no CAPSi, da sua rede de apoio. Nada comum também são as respostas:

*“K., como você cuida de você mesma?” e ela diz “Cuidando”.*¹⁶

Na verdade, o Guia enquanto ‘uma caixa de ferramentas aberta’ já implica em desvios, deslocamentos, pois não se trata de um manual rígido de procedimentos a serem replicados, mas de pistas, mapas, bússolas que, a partir da experiência grupal e do diálogo com os participantes em grupo, permite reconfigurações (CAMPOS *et al*, 2014).

O guia brasileiro passou por muitas alterações, sobretudo no que diz respeito a orientações sobre a diminuição ou suspensão do uso de medicamentos. Como já dissemos, esta não era a máxima dos brasileiros. Os usuários brasileiros questionavam o acesso aos medicamentos, seus direitos e uma rede articulada de atenção à saúde, tudo isso refletindo o desejo de dialogar com seus médicos e especialidades. Em face disso, o guia não aponta para a retirada dos medicamentos, mas para a problematização da relação com estes. Constitui-se como uma ferramenta de diálogo e escuta – aquele que ouve considera legítimo o que o outro tem a dizer.

2.2.3. Seu dispositivo

Não possuímos o gosto pelas abstrações, o Uno, o Todo, a Razão, o Sujeito. Nossa tarefa era analisar estados mistos, agenciamentos, aquilo que Foucault chamava de dispositivos (DELEUZE, 2013, p. 113).

Por dispositivo compreendemos a rede que é estabelecida entre conjuntos heterogêneos e virtuais, sejam linguísticos ou não. Os dispositivos conectam “discursos, instituições, edifícios, leis, medidas de segurança, proposições filosóficas etc” (AGAMBEM, 2005, p. 9). Segundo Giorgio Agambem (2005), os dispositivos são conceitos operativos que possuem uma função ou um desempenho esperado em cada enunciado científico.

¹⁶ Trecho da memória do dia 18/09/2014, que fala de uma conversa de um familiar com uma criança (K) sobre o cuidado, após a sugestão no grupo GAM de que as perguntas do Guia fossem feitas em casa às crianças.

Já o filósofo Gilles Deleuze (1990) faz uso do conceito de linhas para definir os dispositivos. Composto por linhas heterogêneas, o dispositivo seria uma espécie de novelo de lã ou “cadeias de variáveis relacionadas entre si” (p. 155).

Uma vez que os dispositivos se inscrevem sempre em meio às relações de poder¹⁷, interessa-nos investigar, como os dispositivos atuam nas relações e nos jogos de verdade ou jogos de poder. O que pode um dispositivo? Qual a potência de um dispositivo enquanto verbo?

Ainda segundo Agambem (2005), o dispositivo – de concepção foucaultiana – refere-se à “disposição de uma série de práticas e de mecanismos (ao mesmo tempo linguísticos e não linguísticos, jurídicos, técnicos e militares) com o objetivo de fazer frente a uma urgência e de obter um efeito” (p. 11). Este autor generaliza os dispositivos foucaultianos (já ampliados pelas/nas instituições prisionais, manicômios, escolas, medidas jurídicas e disciplinares) a toda e qualquer coisa que possa conectar, determinar, interceptar, modelar ou controlar comportamentos, atitudes e discursos.

Os dispositivos se engendram mesmo nas minúcias onde as relações de poder acontecem com menos evidência, tais como a literatura, a escrita, os objetos e a linguagem. Sendo, primordialmente, máquina produtora de subjetivações, os dispositivos também podem operar através de práticas, saberes e poderes produzindo corpos dóceis e assujeitados ou podem ser oportunos para o exercício de práticas de liberdade.

“De que modo, então, podemos fazer frente a esta situação, qual a estratégia que podemos seguir no nosso corpo-a-corpo cotidiano com os dispositivos?” (AGAMBEM, 2005, p. 13). Deleuze (1990) faz referência aos dispositivos como máquinas de fazer ver e de fazer falar, tal como analisadas por Foucault, como uma possível linha de fuga aos assujeitamentos e invenção de si:

¹⁷ Acerca da noção de poder ou relações de poder não abriremos uma vertente de trabalho nessa dissertação, mas cabe colocar que se trata de uma noção muito ampla presente fortemente nas obras de Foucault. Em sua obra “Foucault nunca trata do poder como entidade coerente, unitária e estável, mas de relações de poder que supõem condições históricas de emergência complexas e que implicam efeitos múltiplos, compreendidos fora do que a análise filosófica identifica tradicionalmente como o campo do poder (REVEL, 2005, p. 67)”

Também aqui uma linha de subjetivação é um processo, uma produção de subjetividade num dispositivo: ela está pra se fazer, na medida em que o dispositivo o deixe ou o faça possível. É uma linha de fuga. Escapa às linhas anteriores, escapa-lhes. O si-mesmo não é nem um saber nem um poder. É um processo de individuação que diz respeito a grupos ou pessoas, que escapa tanto às forças estabelecidas como aos saberes constituídos (DELEUZE, 1990, p. 157).

Então, percebemos que operar com um dispositivo ou, dito de outra forma, fazer o dispositivo operar implica no desenovelamento das linhas que o constituem. Que modos de subjetivação têm sido produzidos no encontro com o dispositivo? Esta operação se dá, segundo Deleuze (1990), na composição do dispositivo; arrastando-o, atravessando-o, desemaranhando-o.

E por todos os lados, há emaranhados que é preciso desmesclar: produções de subjetividade escapam dos poderes e dos saberes de um dispositivo para colocar-se sob os poderes e os saberes de outro, em outras formas ainda por nascer (DELEUZE, 1990, p.158).

O dispositivo grupal têm sido nosso aliado na potencialização de nossas intervenções, pois o guia GAM é uma importante ferramenta a ser praticada de forma coletiva, dialogada e compartilhada em grupo. É no terreno coletivo que se faz fértil um dispositivo grupal em sua possibilidade de experimentar e afirmar a grupalidade que o constitui (CÉSAR & ZAMBONI, 2008).

A experiência Brasileira difere do contexto canadense que desenvolveu o Guia para que pudesse também ser utilizado individualmente, pois no Canadá afirmava-se certa noção de autonomia e protagonismo cunhada no empoderamento dos usuários.

No Brasil, os Grupos GAM utilizam o Guia GAM para possibilitar processos de cogestão e autonomização coletiva dos medicamentos entre os participantes. Esta é a principal diferença entre a versão canadense e a versão brasileira. Por aqui, entendemos o Guia GAM como uma ferramenta (guia-dispositivo) que, engendrada no dispositivo grupal, aposta na construção de autonomia dos usuários inseparavelmente da autonomia dos familiares e dos trabalhadores.

Do grupo, participam lado a lado pesquisadores, trabalhadores e usuários ou familiares. Os grupos têm encontros semanais, com duração de cerca de duas horas e neles o Guia é utilizado como um disparador de trocas de conversa. A leitura do Guia é acompanhada de intervenções do moderador do grupo, as quais visam disparar processos cogestivos. Nesse sentido, o uso do Guia não é pensado

individualmente, mas em grupos, pois a partir da experiência da cogestão no grupo, usuários, familiares e trabalhadores criam-se condições para o exercício da cogestão da medicação (RAMOS, 2012, p.12).

E mais,

Ele é um instrumento que auxilia a disparar um processo de compartilhamento de experiências, de mapeamento da rede de apoio e de reflexão sobre o uso de remédios. Estas conversas, disparadas pelo instrumento, estão a serviço de um dispositivo no qual o que se pretende é construir outros modos de estar com o outro (o familiar, o trabalhador, o usuário) nos quais, pouco a pouco, há um descentramento das perspectivas individuais e aumentam-se as possibilidades de construir modos de gerir coletivamente a medicação (RAMOS, 2012, p.14).

Lembramos que o guia GAM não possui uma potência interventiva por si só, ele opera como um interessante dispositivo a partir da presença e do cuidado que sustentamos no processo grupal.

O dispositivo em sua montagem relaciona-se intrinsecamente com um processo chamado de contratação. A contratação prevê a partilha da responsabilidade de todas as partes envolvidas no processo do cuidado, ou seja, a corresponsabilidade. Entrar em contato e afecção com diversas partes é sustentar um lugar de abertura aos diferentes pontos de vista acerca da experiência com os medicamentos – práticas farmacológicas.

Domitrovic (2014) conceitua essas múltiplas experiências com os medicamentos como um conjunto de “práticas farmacológicas”, referindo-se a uma rede de elementos que não se limitam ao consumo, mas que entram em relação produzindo interferências nele,

podemos citar: as produções acadêmicas e científicas a respeito do medicamento com suas disputas de sentido, os discursos midiáticos em toda sua polifonia, os jogos políticos, os dilemas cotidianos de usuários e familiares, os interesses econômicos da indústria farmacêutica, as políticas e serviços públicos (de educação e saúde) que lidam com a demanda do diagnóstico e do medicamento, etc (DOMITROVIC, 2014, p. 13).

De maneira mais concreta, ou de corpo presente, o grupo era composto de pais, familiares, usuários, pesquisadores e trabalhadores, o que não impedia as interferências de outras práticas farmacológicas que compunham o grupo. A todo momento a “escola que demanda laudo” se fazia presente, assim como a

“farmácia”, “Jeová”, o “governo federal, estadual, e municipal”. Nosso grande desafio como um dispositivo grupal foi de “dar passagem” a toda essa polifonia¹⁸ que nos povoava. Misto de experiências, pontos de vista, modos de cuidar.

Contratar, para a GAM, (CAMPOS *et al*, 2014) se aproxima de um acordo coletivo que se atualiza no cotidiano, por isso diz-se contratação. A construção de contratos sem uma cláusula previamente determinada, ou regras fixas pretende a participação de todos no funcionamento do grupo e aumenta o sentimento de pertencimento, sintonia. É um indicativo de que estamos “fazendo junto”, que estamos acolhendo opiniões diferentes e renovando a cogestão ao longo dos encontros, pois existem diversos momentos em que as propostas precisam ser recontratadas.

Uma experiência de contratação se deu quando precisávamos escolher um dia e horário para o grupo acontecer. Foi preciso sensibilidade para perceber que o dia escolhido, a princípio como bom para todos, tornou-se impedimento para que o prosseguimento do grupo GAM. Algumas idas e vindas ao CAPSi, rodas de conversa, incessantes contatos, mas não conseguíamos garantir a presença dos familiares e a efetivação do dispositivo.

Foi preciso fazer fugir o lugar “grupo GAM” para cartografarmos o CAPSi numa outra perspectiva. Saímos pelo CAPSi no convite ao grupo, buscando fazer do momento ‘sala de espera’ um lugar de acolhimento, cuidado e conversação sobre questões relacionadas ao uso de psicofármacos, sobretudo criando juntos condições para que o grupo pudesse acontecer.

A partir daí foi possível nos encontrarmos nas expectativas prévias de um caminho ainda por fazer: mudar o dia e horário parece mudar pouca coisa, mas altera tudo. A pista da contratação fala do caminho da pesquisa sendo construído no caminhar.

Na contratação, trabalhamos com a conquista do consentimento. Como sugere a palavra (consentir = “sentir com”), para que haja consentimento

¹⁸ “Narração permeada por diferentes vozes e pontos de vista” (MELO, 2015 p. 61).

é preciso que a experiência seja compartilhada; algo que nos retira do isolamento e nos leva a considerar a importância de reconhecer o outro (CAMPOS *et al*, 2014, p. 19).

Outra experiência da contratação como efeito da grupalidade, da cogestão e de vínculo se deu quando nos preparávamos para o ‘encerramento’ de nossas atividades no ano de dois mil e quatorze. Havia sido um ano de muitos encontros potentes e nos perguntávamos acerca da pausa nos encontros no período de férias e como encerrar este ciclo de uma forma diferente. Em grupo, conversamos sobre a proposta de assistir o documentário, lançado naquela ocasião, *Tarja Branca*. Assistir um documentário no cinema da universidade implicava em muitos detalhes e acordos: dia, horário, transportes e caronas, e as crianças.

A participação e o empenho de todos foram fundamentais para que estivéssemos todos juntos (profissionais do CAPSi, pesquisadores com seus familiares, familiares com suas crianças) naquele dia festivo, realizando um cinema-GAM.

Um ambiente de vínculo e confiança foi criado no próprio grupo e isso nos permitiu abrir um campo de possibilidades que vai além da negociação do tratamento e dos medicamentos, pois se abre para a vida dentro e fora do CAPSi.

Como já citamos com Ramos (2012) a leitura do Guia e a condução do grupo são acompanhadas pelas intervenções do moderador do grupo, que tem como objetivo do manejo a sua descentralização.

“O círculo roda, vira roda e faz rodar” (MELO, 2015, p. 86).

Moderar é um método para dar giro à roda ou fazer a roda rodar. Moderar o dispositivo carrega a potência do giro saindo do centro para a periferia, rumo ao ilocalizável, ou a um lugar qualquer, pois o giro é descentralizante e pode desembocar em destinos heterogêneos. É o afeto que bordeja de um canto a outro, perceptível pelos murmúrios, pela cabeça que balança confirmando, pelo olhar perplexo, pelo corpo que se curva sobre a mesa.

É também garantir abertura para que as pessoas se escutem, garantir a qualidade da comunicação como uma forma de contágio, visto que as falas não seguem uma racionalidade unívoca.

Mas se a função do dispositivo é o acesso e a expressão da experiência, se o dispositivo visa dar voz a experiências silenciadas, ignoradas, inibidas, excluídas ou barradas, o que o manejo procura fazer é acolher estas experiências, reconhecê-las em sua legitimidade, criar-lhes um canal para o compartilhamento com o grupo (MELO, 2015, p. 71).

Muitas vezes as falas no grupo fluíram embaralhadas de vozes e de sentimentos, assim como também ocorreram momentos de fala 'individual' ininterrupta. Em alguns outros momentos experimentamos o silêncio, rapidamente capturado.

Manejar grupos GAM significa propiciar o questionamento e a crítica do óbvio, das "verdades que se consideram "naturais" e que são construídas historicamente, servindo a interesses específicos (CAMPOS *et al*, 2014, p. 23).

Moderando se pretende transversalizar as linhas e sentidos, ou seja, atravessar rachando ao meio as posições rígidas, os pontos de vista proprietários e os modos homogêneos do cuidado, pois o manejo cogestivo lateraliza e "contribui para o reconhecimento coletivo das experiências singulares, sejam notáveis ou banais, sem necessariamente torná-las uma verdade para todos" (CAMPOS *et al*, 2014, p. 24).

Moderar é também extrapolar o guia, fazer dele uma outra coisa. O moderador como um motorista atento dirige sua atenção não apenas à experiência com os medicamentos, mas incita que outros temas apareçam, que outras histórias sejam narradas. Atitude de abertura ao interesse do coletivo que maneja estimulando a participação de todos, entendendo que esta se dará de diferentes modos em cada participante e entre todos.

A conversa circulando entre elas vazava o guia, ultrapassava uma fala focal sobre a experiência com medicamentos. Falavam do lidar cotidiano, do que é ser mãe, do cuidado que isso implica. Falavam da escola, da pirraça na padaria, da emblemática questão de andar de ônibus, de algumas chineladas e castigos. Não se ouve a voz de um manejador. Ouço muitas vozes, gargalhadas. A não

*centralidade num tema, a pluricidade de temas imiscuídos na roda, a fuga despreziosa do guia: Será isso um problema?*¹⁹

Como sujeitos singulares que somos, nem sempre o grupo caminha para a concordância. Para Melo (2015) sustentar a diferença no grupo implica acolher esses momentos de conflito, sendo estes de igual importância para que o grupo se faça forte. É do funcionamento do dispositivo o desarranjo, pois as forças estão operando para se expressar. Cogestão não é conformação, por isso nosso foco é flexível, flutuante.

O grupo GAM tem se constituído como um dispositivo cogestivo de diálogo, de negociação do tratamento e de cuidado, logo, é um dispositivo que requalifica as práticas de pesquisa em saúde mental. Partimos da afirmativa 'pesquisar é intervir e intervir é cuidar', portanto toda pesquisa-intervenção tem como mote a produção de conhecimento inseparável da produção de cuidado (PASSOS & EIRADO, 2009; JOHNNY & PASSOS, 2009).

2.2.4. Caminhos metodológicos

Como já pontuamos, esta pesquisa tem como direcionamento o cuidado e aqui aproveito para trazer o viés metodológico com o qual dialogamos. Ter o cuidado com fio condutor e método fortalece e amplia uma outra perspectiva de fazer pesquisa: a GAM como dispositivo de pesquisa que se implica em criar e exercitar um plano coletivo de cuidado. Como isso se efetivou na experiência com a GAM no Espírito Santo?

A aposta desta pesquisa tem uma ligação inseparável com o método da cartografia e da pesquisa-intervenção. Nessa afirmativa ética-estética-política de

¹⁹ Trecho da memória do dia 18/09/2014. No início, era difícil dissolver nos pesquisadores do grupo a atenção focada ao Guia e às suas questões. Quando não voltávamos (ou usávamos) ao Guia, por vezes interrogávamos: "será isso um problema?". Aos poucos fomos cultivando em nós a abertura da experiência de manejar, visando a descentralização do manejo e também o acolhimento da experiência ampliada da medicação.

fazer pesquisa buscamos desconstruir – e conseqüentemente subverter – um certo modelo hegemônico que as ciências humanas herdaram das ciências naturais, que pressupõe a existência de uma verdade à espera de seu desvelamento.

Percebe-se, nessa concepção intitulada de representacional, o princípio “conhecer para transformar”. Um primeiro aspecto desse princípio consiste no fazer pesquisa de forma funcional, utilitária, aplicada. Outro aspecto consiste nas dicotomias que este modelo empreende, como teoria e prática, sujeito e objeto, conhecimento e ação. Percebe-se, ainda, sua proposta de intervenção como uma ação conscientizadora e assistencialista.

Herckert & Passos (2009) apontam para este modelo como um ideal de inteligibilidade positivista que ainda vigora entre nós. Neste modelo,

[...] o conhecimento se define pelo enunciado de leis que descrevem a regularidade dos fenômenos estudados. Nesta tradição, o momento lógico da ciência (observação controlada, descrição das regularidades e enunciado legal) antecede, necessariamente, seu momento técnico. O conhecer antecede o fazer, garantindo-se assim a suposta neutralidade e imparcialidade do conhecimento. Neste viés, à extensão resta o lugar de transferência de conhecimentos construídos no campo da pesquisa, visando mudança social e socialização de conhecimentos (HERCKERT & PASSOS, 2009, p. 374).

Para Foucault (2010b), esta operação do pensamento ou via de relação com a verdade – que ele denomina de analítica da verdade – é pautada na análise das condições nas quais um conhecimento verdadeiro é possível. Conhecimento verdadeiro que busca a origem, a razão, a verdade do mundo, operando por caracterização-descrição do presente.

Buscamos desconstruir tal modelo a partir das pistas que construímos no método da pesquisa-intervenção, numa outra direção. Mas, antes, é importante colocar que desconstruir o método representacional (em nós) de pesquisa não significa torná-lo inferior hierarquicamente, tampouco negá-lo. A questão é pontuar que, sim, este é um método, mas não o único. Logo, dentro da aposta política que afirmamos, não privilegiaremos esse método de pesquisa.

Propomos com Foucault um outro modo de interrogar criticamente a atualidade (2010b) que ele afirma como ontologia do presente ou uma ontologia de nós mesmos. O presente é notícia última de nossa existência que nos convoca a uma postura do corpo, uma presença, um protagonismo no acontecimento.

É a atualidade que nos interessa cartografar, compreender as passagens e inventar a história, pensar o que somos e o que estamos em vias de ser (DELEUZE, 2013). Pesquisar neste viés propositivo é abrir-se ao campo de experiências, possibilidades. Abrir-se à ontologia de nós mesmos. Como nós portamos o presente, as temporalidades, as vertigens? O que temos construído no presente? O que fazemos com o que nos acontece? O que se passa conosco no presente? Pois que, relacionar-se com o presente é relacionar-se consigo/conosco.

“É preciso considerar a ontologia crítica de nós mesmos não certamente como uma teoria, uma doutrina, nem mesmo como um corpo permanente de saber que se acumula; é preciso concebê-la como uma atitude, um *êthos*, uma vida filosófica em que a crítica do que somos é simultaneamente análise histórica dos limites que nos são colocados e a prova de sua ultrapassagem possível” (FOUCAULT, 2000, p. 351).

No método cartográfico, o trabalho é o do acompanhamento da coemergência do sujeito e do mundo e a desconstrução de territórios existenciais cristalizados. “Seu paradigma não é o do conhecer, mas o do cuidar, não sendo também o do conhecer para cuidar, mas o do cuidar como única forma de conhecer, ou ainda, o paradigma da inseparabilidade imediata entre cuidar e conhecer” (PASSOS & EIRADO, 2009, p. 122)

Pistas nos convocam a transmutar de um método de pesquisa para um *êthos* cartográfico a ser praticado desde a construção do problema até sua consoante narrativa (CALIMAN, SADE, TEDESCO, 2013). *Êthos* aqui compreendido como atitude, ação, posicionamento nas múltiplas possibilidades de encontro e criação de si e de mundo situado nas fronteiras. Este *êthos* consiste em uma atitude “crítica do que dizemos, pensamos e fazemos, através de uma ontologia histórica de nós mesmos” (FOUCAULT, 2000, p. 351). Apostar nesse *êthos* cartográfico como modo de fazer pesquisa implica em uma relação

consigo e com o outro, que leve em consideração esse outro em um aumento do grau de transversalidade, conectando heterogêneos.

Inverte-se, então, a premissa positivista “conhecer para transformar” à pragmática da Análise Institucional “transformar para conhecer”, na sua variante “cuidar para conhecer”. O campo passa a ser considerado foco de experiência (FOUCAULT, 2010b), em sua produção imanente como plano de forças e pleno de intensidades e, nesse campo, se faz o cartógrafo.

Lembremos que: “Sempre que o cartógrafo entra em campo, há processos em curso. A pesquisa de campo requer a habitação de um território que, em princípio, ele não habita.” (BARROS & KASTRUP, 2009, p. 56), ou seja, a espessura processual do campo requer que comecemos pelo meio, entre as pulsações, na processualidade do campo.

Há que se dizer que não há neutralidade na pesquisa cartográfica. Pelo contrário, o que há é um mergulho na experiência, num plano designado como plano de coemergência, plano de produção, plano de experiência (PASSOS & BARROS, 2009). Afinal, a pesquisa cartográfica não vai se aplicar à coleta de dados, mas à produção de dados, produção de realidade. Tal produção implica que nos arrisquemos a habitar um território com seus estranhamentos, novidades, atritos, convivência, envolvimento, disponibilidade ao novo e às afecções que pedem passagem.

Seria preciso, antes, conceber as coisas como uma questão de percepção: entra-se em um cômodo e se percebe algo como já presente, tendo acabado de acontecer, mesmo se ainda não se realizou (DELEUZE & GUATARRI, 2012, p. 72).

Outra inversão se enuncia, agora em relação ao *metá-hódos*. Este pauta-se em um caminhar para alcançar metas pré-fixadas, desconsiderando os traçados que acompanham esse caminhar. O *êthos* cartográfico reposiciona o *metá hódos* em *hódos-metá*, afirmando que no caminhar da pesquisa há efeitos que são produzidos e que renegociam as metas – sem que isso lhe ausente o rigor. Modos de ir caminhando em constante (des)construção. Acompanhar um processo do qual ele não possui um saber prévio. Caminhando, tateando, cultivando pistas.

O cartógrafo adentra o campo com algumas questões: O que se passa? O que passou? Passado e presente coexistindo num plano de forças e formas. Quais processos já estão em curso? Quais forças pedem passagem? Quais são as segmentaridades? O que vaza? O que povoa? O que bloqueia? Esta pesquisa se interroga: Como cartografar esses relances com a prudência de não transpor um limiar depressa demais? Como ser sensível aos fluxos da estrada? Como ser um agente da passagem?

Cuidar na pesquisa-intervenção é acompanhar os ‘estados mistos’ na coemergência de si e do mundo. O cuidado é um mestre que nos auxilia a cuidar da relação consigo, com o outro e com os grupos, o que Félix Guattari indicou como transversalidade²⁰.

O cartógrafo acompanha essa emergência do si e do mundo na experiência. Para realizar sua tarefa não pode estar localizado na posição do observador distante, nem pode localizar seu objeto como coisa idêntica a si mesma. O cartógrafo lança-se na experiência, não estando imune a ela. Acompanha os processos de emergência, cuidando do que advém. É pela dissolvência do ponto de vista que ele guia sua ação (PASOS & EIRADO, 2009, p. 129).

Como foi possível nessa pesquisa cuidar do que advém? Como se acompanha processos de coemergência? Quais pistas dispomos dos efeitos de um plano de cuidado no grupo e da dissolução de pontos de vista? Os sujeitos vão surgindo outros a partir da experiência de cuidado de si e do mundo, no cultivo de territórios existenciais que, embora provisórios, dão sustentação à nossas intervenções.

²⁰ “Guattari em 1964 propõe o conceito de transversalidade para problematizar os limites do settingclínico, definindo este conceito como um aumento dos quantacomunicacionais intra e intergrupos em uma instituição. Colocar em análise é, seguindo as pistas de Guattari, o trabalho de desestabilização do que se apresenta tendo a unidade de uma forma dada: o instituído, o indivíduo, o social, a realidade naturalizada. Seguindo suas pistas, dizemos que na pesquisa a operação de transversalizar se realiza na intensificação/aposta nos devires que estão sempre presentes nos chamados “objetos da pesquisa”, indicando o que neles há de diferentes graus de abertura e potências de criação. Transversalizar é considerar este plano em que a realidade toda se comunica. [...] A operação de transversalizar produz um desarranjo no sistema binário de definição/categorização do objeto da pesquisa permitindo conectar devires minoritários que estão adjacentes ao objeto. [...] Transversalizar é traçar o eixo da diagonal que embaralha os códigos, colocando lado a lado os diferentes, liberando as diferenças de seus lugares dados” (BENEVIDES, 2012, p. 239).

Como aponta Melo (2015) é no plano da experiência que são traçadas as condições para o surgimento de outros modos de cuidar de si e do outro. O dispositivo opera coletivamente propondo modos de cuidar e implicando o “sujeito e o objeto”, “teoria e prática”, pois o real que pesquisamos é o mesmo do qual cuidamos (MELO, 2015, p. 43).

A pesquisa cartográfica coloca em primeiro plano a experiência, por isso tanto a construção do problema, e o trabalho de campo, quanto a produção escrita exigem do cartógrafo o rigor na composição do cuidado e a implicação com o campo pesquisado.

Paralelamente aos encontros buscamos construir memórias intensivas, amparados na maioria das vezes pela gravação em áudio. Entendemos a escuta e os registros das memórias como uma ferramenta de intervenção que, por ser centrada na experiência, pode servir como um recurso de aproximação entre os implicados com a pesquisa e com o trabalho em processo. A memória é um instrumento distinto e privilegiado de produção de dados, ela é parte importantíssima desta escrita que se pretende compor de rasuras de memórias.

Ela auxilia a retomar a experiência, por isso funciona também como um “diário de campo”, diário escrito por muitas mãos. Polifônica, ela não possui uma única forma, apresenta-se diversa na variação de seus aromas e sabores peculiares de um estilo de escrita implicado com a pluralidade de vozes. Algumas extensas, como uma transcrição quase que total do material gravado em áudio, outras mais lacônicas, ou esquemáticas. Outras conseguem mesclar-se nesses dois modos. Narrar memórias intensivas foi, para mim, experimentar a vertigem.

O que faz a memória ser intensiva – e não descritiva – é o seu grau de abertura à experiência e a atenção aos analisadores²¹. Podemos dizer que uma memória foi intensiva quando ela venceu a pura transcrição e conseguiu acessar

²¹ Analisadores são elementos que emergem numa situação ou contexto, permitindo a análise de instituições e produzindo movimentos instituintes (ESCÓSSIA & TEDESCO, 2009; LOURAU, 1993). “Os analisadores seriam episódios – no sentido daquilo que produz rupturas, que catalisa fluxos, que produz análise, que decompõe; vislumbram as múltiplas relações que compõem o campo em seu nível de intervenção e de análise” (SANTOS *et al*, 2011, p. 8).

a experiência. Uma memória intensiva ganha uma escrita implicada, afetada e que privilegia os analisadores.

Nas memórias, grande parte da escrita é composta pelas falas dos participantes do grupo. Construimos as memórias nesse caráter dialógico, em que as falas dos familiares, profissionais e pesquisadores são lateralizadas na escrita.

Costumeiramente, nas pesquisas os registros (memórias, áudios, diários de campo) têm funcionado como um recurso em favor do pesquisador. Nesta pesquisa questionamos: Como incluir todos os envolvidos da pesquisa neste processo? Como “propor alguma atividade mais interventiva e menos investigativa” (CARVALHO & COSTA, 2011, p. 61) com os registros da pesquisa? O que se quer com a produção de memórias de encontros, de vidas?

Narramos as tensões, as controvérsias, os analisadores e, por isso intensiva. Narramos silêncios, gargalhadas, segredos e, por isso menores. Afirmamos uma narrativa menor pela sua implicação política, desterritorializante, não individualizadora e pelos agenciamentos coletivos de enunciação que produz (DELEUZE & GUATARRI, 1977). Quando acessamos a experiência é como que abrissemos uma passagem para outros mundos, nosso discurso às vezes desarrazoado quando se torna escrita às vezes recebe um contorno e em outras aparece em sua loucura, sem furtar-lhe a loucura, o pensamento errante e desarrazoado.

Na construção das memórias, há uma inscrição do pesquisador emaranhado àquilo que se coloca no papel. Ouvir o áudio dias, semanas e até meses após o encontro, traz à pele afetos diversos que curto-circuitam a escrita. Levam-nos de volta à cena grupal, ao momento da fala do familiar, da entrada repentina da criança na sala e, também dos silêncios, muitos.

Quando narramos um caso, podemos fazer uma experiência narrativa minoritária, pondo-nos em uma posição de estranheza ao que habitualmente é dito. Colocamo-nos, então, em posição de estranhamento, de interrogação ao que certa narrativa aceitaria como natural e regra, forçando a um descolamento do dito na busca das condições de sua produção (PASSOS & BENEVIDES, 2009, p. 164).

Ainda com a questão: ‘O que se quer com a produção de memórias de encontros, de vidas?’, coloco que tais memórias circundam esta pesquisa como um diário de campo. A partir das memórias, muitas análises foram cultivadas nesta pesquisa, logo, operar como um recurso de análise para esta pesquisa seria um primeiro mote para a produção das memórias.

Esta escrita recorta um tempo inscrito no caminhar da pesquisa com a GAM pelo grupo *Fractal* – pesquisa que ainda está em curso no CAPSi. Embora tenha acompanhado todo o percurso (desde minha entrada no mestrado até os presentes dias), pretendo me ater na análise do material de campo (memórias, áudios, diários, narrativas) referente ao momento inicial do grupo GAM em seu segundo ciclo²². Essa escolha não impede composições com todas as etapas da pesquisa, mas fala de um momento de maior proximidade com o campo, de um momento que imprimia em mim a potência do novo, do germinal, do aprendido e do cultivo de uma relação de confiança.

Outro objetivo com a produção de memórias é que, com a produção destas, novos mundos podem ser criados, uma nova relação com o encontro grupal pode emergir. Para isso, após certo número de memórias dos encontros (comumente seis), a escrita das memórias levava à produção coletiva de uma narrativa – um texto construído de maneira acessível e compreendido por qualquer sujeito, mas que não eufemizasse os analisadores que se fizeram presentes durante os encontros. No processo de escrita, buscávamos que a narrativa fosse elaborada com uma linguagem impessoal, bem próxima de todos. Essa política de narratividade vem da possibilidade de deslocalizar falas pessoalizantes, egóicas e dualismos, dissolvendo na coletividade as falas para que um Não-eu identitário habite.

“Não chegar ao ponto em que não se diz mais EU, mas ao ponto em que já não tem qualquer importância dizer ou não dizer EU. Não somos mais nós mesmos. Cada um reconhecerá os seus. Fomos ajudados, aspirados, multiplicados” (DELEUZE & GUATTARI, 2011, p. 17).

²² Para mais informações do momento que antecede a este, buscar novamente na dissertação: **As Práticas Farmacológicas com o Metilfenidato: habitando fronteiras entre o acesso e o excesso** (DOMITROVIC, 2014).

Esta aposta em uma narrativa mais coletivizada busca romper com o “lugar de especialista/missionário e sua principal tarefa: sentir, pensar e falar pelo outro, em nome do outro, definindo-lhe o rumo certo de sua vida, esquadrinhando, prevenindo e corrigindo suas escolhas e suas ações sempre que possível” (CARVALHO & COSTA, 2011, p. 65).

O ato de encontrar-se para contar e recontar experiências parece produzir uma condição facilitadora de novas invenções para o universo singular. Invenções que trazem em sua compreensão a própria desordem como parte inerente à vida. Enquanto narra, a memória se produz. [...] Assim se constroem ao mesmo tempo os fios da memória (uma lembrança puxa a outra) e as linhas de afetações dos encontros. [...] Eis o que há de mais rico e alegre na narrativa (CARVALHO & COSTA, 2011, p.68).

A narrativa produzida pelo coletivo de pesquisa é levada ao Grupo GAM (Grupo GAM Narrativo), lida, dialogada, alterada e, em consoante, levada à reunião de equipe do CAPSi. Esse processo de restituição da narrativa no Grupo GAM Narrativo costuma durar dois encontros e consiste numa leitura coletiva e compartilhada. Seu objetivo não é a confirmação ou conformação, mas disparar novos efeitos e novos agenciamentos coletivos de enunciação. Uma zona de vizinhança vai sendo criada, em que já não se decifra o que é fala do profissional, do familiar ou do pesquisador.

Melo (2015) vai dizer que o grupo narrativo é uma oportunidade, uma situação diferenciada, para retomar, reavaliar, reconstruir os processos da pesquisa, pois o grupo narrativo aquece tanto a produção de dados como a inseparável produção de cuidado.

Os grupos narrativos tem ainda o estatuto de validação da narrativa, são um processo de intervenção cogestiva que aposta na produção de efeitos nas práticas de cuidado e autonomia. Validar é um verbo que, geralmente, se refere ao avaliar e classificar. Supõe hierarquia, separação entre sujeito e objeto e o não envolvimento do pesquisador. Esta seria uma perspectiva do modelo representacional. No modelo cartográfico a validação é uma pista.

Passos & Kastrup (2013) vão nomear de validação distribuída essa validação que rompe com hierarquias, rompe com dicotomias sujeito-objeto, descentralizando a análise, avaliação e validação. A validação é distribuída entre

pesquisador (autoavaliação), participantes da pesquisa e avaliação por pares, pois nenhum dos três níveis pode dar conta sozinho (PASSOS & KASTRUP, 2013).

Sempre nos referimos a produção de narrativa nas nossas pesquisas, a novidade com a GAM é fazer da narrativa uma estratégia de cuidado no grupo. Existem diversas maneiras de se produzir uma narrativa, isso diz de sua política de narratividade, ou de como estamos produzindo narrativas em nossas pesquisas: “Para produzir narrativas é necessário o mergulho em certa sensibilidade estética, em uma experiência com a linguagem que toma a esta por matéria a ser manejada” (MELO, 2015, p.56).

O texto que segue toma como material de análise a primeira narrativa que construímos após retomarmos o grupo GAM. Ela é atravessada pela memória de seis encontros que vão de agosto até outubro de dois mil e quatorze. Durante esses encontros e a produção destas memórias fui me aproximando mais da GAM, do CAPSi, das mães do GAM, das inquietações que passavam pela singularização dessa presente pesquisa.

Era o ensaio de um problema de pesquisa que passava pelas viagens de outrora e pelas questões daquele grupo, daquelas mães. Uma inquietação que nos movia a *cuidar, cuidando*.

3. “É QUE, NA VERDADE, NOSSA VIDA É CUIDAR DELES”: PROBLEMATIZANDO O IDEAL DE NORMALIDADE NA PRÁTICA DO CUIDADO

Imagino que minha companhia de viagem tenha chegado com tranquilidade até aqui. Chegamos bem? Vamos a partir de agora, adentrar por alguns atalhos e desvios na estrada. Esses atalhos dizem do caminho por onde foi possível viajarmos nesta pesquisa. Desvios que se circunscrevem num período importante da pesquisa, período de retomada do grupo GAM, momento de reconstrução e de acolhimentos.

No grupo criamos fugas possíveis pelas arestas, produzimos cuidado nos momentos de conflito, de pendências, de cansaço. Narramos essa experiência grupal com o auxílio da primeira Narrativa GAM, que se referencia do primeiro ao sexto encontros do grupo GAM no CAPSi em Vitória, e das memórias que a compõem – cronologicamente, dizemos de um período que abrange o segundo semestre de 2014 e o primeiro semestre de 2015.

A primeira Narrativa GAM traz consigo um leque aberto repleto de elementos²³ que requerem análise, todavia nessa dissertação vamos nos debruçar sobre a análise de alguns elementos que se acoplam ao cuidado. Mas o que é cuidar? De que cuidado estamos falando? Como temos produzido práticas de cuidado? Quais estratégias temos buscado privilegiar?

Nós temos nos encontrado semanalmente às quintas-feiras, desde Agosto de 2014. Muitos já haviam participado do grupo GAM anterior, mas alguns estavam chegando pela primeira vez. Decidimos recomeçar o Guia do início, afinal, podemos reler o guia com um olhar diferente, vivendo coisas diferentes. Somos convocados a cuidar também da nossa experiência, pois sem o trabalho junto pouca coisa podemos

²³ A narrativa GAM em sua polifonia e potencial expansivo não se esgota. Existem produções em andamento que se ocuparão de elementos que extrapolam esta dissertação.

fazer. A construção de rede começa com este cultivo. Avós, mães e tias, pesquisadores, profissionais, todos juntos queremos cuidar de nossas crianças. Já largamos emprego, nos afastamos de familiares e pessoas que não aceitam nossas crianças. Somos inclusive desencorajadas a cuidar deles. Já ouvimos até que era melhor largar, devolver para algum abrigo.

Muitas dificuldades surgem já na decisão de dar ou não a medicação. Nós nem sempre sabemos os efeitos esperados do medicamento. Isso não é explicado pelos médicos. O que é efeito da medicação o que não é? Por quanto tempo precisa tomar? No geral, nós é que procuramos saber sozinhas. Depois tem a hora de dar o remédio: algumas crianças rejeitam, cospem, não querem tomar. Outras já querem tomar, pedem, dizem que precisam para se controlar, porque estão nervosos, querem dormir. Às vezes, parece que pedem o medicamento para fugir da dor, de alguma forma. Parece que as crianças entendem quais são seus efeitos. No grupo, buscamos pensar sobre a experiência que a criança tem com a medicação. Aos poucos, ela começa a ser considerada, ouvida, interrogada em conjunto. Ir ao médico porque o filho está pedindo para aumentar ou diminuir a medicação é um bom indicador disso. Nós quase sempre fazemos a administração das doses sozinhas, de acordo com as necessidades das crianças e nossas. Temos dúvidas. Como lidar com elas? Com quem partilhar? O medicamento traz um alívio para a família e para as crianças, mas não resolve tudo. Tem horas, inclusive, que parece que não está resolvendo nada. Mas nós tentamos de tudo. Não queremos só dar remédio, queremos tratar. O que mais poderia ajudar então? Qual a diferença entre medicar e tratar?

Nossa tentativa é também nos colocar no lugar das crianças para tentar responder às questões do guia, buscando pensar como elas responderiam. Outra ideia é procurar perguntar a elas. Algumas crianças não gostam dos guias, mas tentamos criar estratégias para conseguir conversar com elas porque pensamos ser importante. Será que elas percebem os efeitos do diagnóstico? Estão sofrendo? Sentimos muitas vezes que sim. Não tem sido fácil para elas algumas coisas na escola. Perguntam por que as pessoas não gostam delas, ficam tristes. É duro para nós saber disso.

No grupo, juntos pensamos que o diagnóstico produz muitos efeitos na vida das crianças, das famílias, nas escolas. Por vezes, dizer que o filho é hiperativo ajuda. As pessoas aceitam mais e não ficam criticando. Ninguém quer dizer que o filho tem problema, mas é melhor do que ver ele sendo maltratado. No entanto, discutimos que somos mais que uma doença e repensamos os efeitos do diagnóstico para a criança: será que é bom pra ela?

A experiência de ter um filho com necessidades especiais muda também nosso olhar do mundo, agora vemos de outro modo as situações estranhas que as pessoas passam, julgamos menos.

Existem lugares onde somos muito bem acolhidos, o CAPSi é um deles. Um lugar de cuidado, onde não somos julgadas, recebemos conselhos e percebemos que existem outras pessoas que passam por situações parecidas com as nossas. Isso melhora nossa relação com as crianças, com os outros. Quando nós conseguimos criar essa relação com outros espaços, ficamos muito contentes. E quando não precisamos dizer sobre os problemas de nossos filhos para que eles sejam acolhidos e bem tratados, é uma conquista!

Uma rede ampliada de cuidados. Será que com uma rede forte, com muitas formas de cuidado, o medicamento pode se tornar menos importante? Será que ele pode, inclusive, em algum momento ser dispensado? É possível imaginar a vida das nossas crianças sem medicamento?

Se por um lado podemos contar com alguns espaços que ampliam esse cuidado, em outros lugares as crianças sentem na pele as marcas da intolerância e da violência. Nesses lugares fica mais difícil tirar o remédio delas, porque medicadas elas se comportam melhor, parece que são mais aceitas socialmente, dão menos trabalho. Trabalho para quem? A escola é um desses lugares. Algumas delas só aceitam trabalhar com as crianças se elas estiverem tomando o remédio regularmente. E cobram laudos, consultas, tratamentos... Apenas quando o laudo e a medicação aparecem é que as escolas se mobilizam para mudar alguma coisa, como uma sala de apoio, um estagiário, uma forma de lidar diferente... Mas às vezes nem com o diagnóstico certinho isso acontece e a única solução é mudar de escola. E nem isso é fácil, porque muitas escolas nem sequer aceitam a transferência de casos com "históricos complicados". Nós vivemos, cotidianamente, as marcas da intolerância das outras crianças, pais e professores, da não aceitação. É um sofrimento para a família e para a criança. Algumas delas criaram um ódio muito grande da escola e se pudessem escolher, riscariam das suas vidas.

Muitas vezes ficamos desconfiados, pensando se na escola eles cuidam direito das nossas crianças, porque as histórias de violência e negligência são muitas. Como fazer diferente? Algumas de nós acompanham os filhos diariamente nas salas de aula e estamos sempre perto, conversando com

professores, intervindo quando necessário, brigando para que a escola seja mais do que um lugar para “estar” ou para brincar. Brincar é importante, mas a escola não pode abrir mão da alfabetização e, às vezes, porque a criança é especial isso é deixado de lado. Não adianta só ter estagiário e professor especial. Importa o que está sendo feito com eles. O CAPSi e a coordenação municipal de educação especial são grandes parceiros nessa conversa com as escolas.

Mas outras experiências também comparecem no grupo. Mudar pode mesmo trazer boas mudanças, principalmente se for para uma escola onde a direção faz com que os outros se aproximem das nossas crianças, mesmo sabendo do que pode acontecer. Tem escola que ainda não sabe lidar, mas tem aquelas que tentam de tudo: mudam de lugar na sala, levam joguinho... E eles começam a fazer amigos, começam a aprender a ler e a criar um vínculo com os professores. Um laço de confiança pode ser construído, possibilitando outros relatos e experiências na escola. COM-FIAR é condição para cuidar. E as crianças, de quê mais elas gostam na escola? Dos dias de festa! Na escola, também se festeja. A biblioteca também é um lugar que as crianças gostam, até aquelas que não sabem ler. Para algumas é como um refúgio. Ler é um desejo e um indicador de que um passo importante foi dado pelas crianças. E nós lutamos para que as crianças sejam incluídas e bem tratadas, acreditamos que conviver com a diferença é importante. Alguns de nós se perguntam: quem vai adivinhar que vai ter um filho com necessidades especiais? Mas não somos todos nós especiais?

A escola é um lugar essencial. Lá eles vão ter contato com outra pessoa que não é da família, vão aprender, vão adquirir um conhecimento que é para vida inteira. Para ser

um bom trabalhador, uma boa pessoa... é uma parceria com a educação que vem de casa. E falando em parceria, estamos falando também de construção de confiança na relação de cuidado. No grupo, falamos que autonomia não é independência. Mas como construir momentos possíveis nos quais a função do cuidado circule em uma rede mais distribuída e alargada, incluindo nela a própria criança que cuida de si e do outro também? Será que esse Grupo GAM é um espaço de acolhimento, de criação de confiança, de criação junta? O que produzimos até agora? O que podemos produzir?

No grupo, ouvíamos: “Sem a Ritalina não dá!”, “Queria diminuir o medicamento do meu filho”. Nossas experiências, desde o início, eram diferentes, e algumas de nós mudaram nossos pontos de vista ouvindo outras histórias. Com o GAM nós começamos a pensar diferente, algumas sentem que o grupo “abriu a mente”, estamos a conversar mais com o médico, pedimos informação e explicação. Algumas de nós passaram a expor suas opiniões, discordar de certas posturas médicas ou ao menos estranhá-las.

O grupo tem sido ainda um espaço no qual se pode compartilhar temas complexos, momentos de angústia, coisas que são difíceis de falar e viver. Outros conflitos vividos no CAPSi também são expressos no grupo. A questão da junção do CAPSi com o ADI²⁴ foi uma das coisas que conversamos bastante, pois muitos de nós sentimos dificuldade de opinar quando temos uma posição contrária à da direção do CAPSi. E alguns de nós não concordam com essa junção. Um dos motivos é que pensamos que nossas

²⁴ Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes Álcool e Drogas.

crianças não são drogadas, elas são medicadas. É diferente? Temos medo da mistura. Será que nossas crianças vão ter contato com traficantes? Nos nossos bairros vemos crianças de 10 anos que se prostituem ou são capturadas pelo tráfico e as mães perdem o controle de suas vidas. É doloroso. Mas também achamos que essas crianças precisam ser cuidadas e precisam de tratamento. Estar junto com nossos filhos e com o CAPSi não poderá ajudá-las? A droga está em todo lugar, temos que orientar e cuidar. Há ainda muito receio, mas nós esperamos que a mudança e a junção dos dois CAPS tragam bons resultados. A violência e o tráfico também estão nas ruas, nas escolas, nos bairros. É um tema constante no grupo. As crianças não podem brincar na rua, porque é perigoso. Se é difícil para uma criança normal, imagina para quem não é? As opiniões variam, mas no grupo buscamos acolhê-las. Enfim, não achamos que todo mundo tem que pensar igual, mas é importante que possamos nos ouvir.

E então companheiro, o que esta narrativa desperta em ti? Em que ela lhe provoca? Convoca? Toca? Talvez tenhamos um tempo para que eu possa ouvir de ti as tuas inquietações.

3.1. Deixar falar a experiência que nos atravessa

Ao escrever travamos lutas. Lutas com o tempo. Esperamos o momento oportuno. O momento em que a estrada estará menos congestionada, possibilitando notar a paisagem. Um horário de menos tráfego em que se possa seguir num ritmo mais singular. Mas este nunca chega. A estrada nunca se

esvazia, sempre há uma mediação, um outro interpelando, buzinando, alterando nosso fluxo. Escrever é habitar essa corda bamba.

*Luta com o papel/tela branca, onde o que se escreve se apaga. Rascunho de rascunhos. A tela branca refletindo um rosto respingado de chuva e lama da estrada. A tela que vira moldura desse rosto, estático, carente de sacolejos.*²⁵

O que posso lhe dizer, de antemão, é que dar início a este texto não foi tarefa fácil. Já faz meio ano ensaiando essa escrita. Numa primeira tentativa não havia chão, não havia suporte, não havia possível. E a escrita operara como catarse de um momento. A aprendiz-cartógrafa emprestava o corpo a várias outras mulheres em mim: mãe-tia²⁶, filha²⁷, adjutora, floriculturista, cerimonialista, a lista se estendeu. Eram muitos rostos. Sentia-me tomada à força por todos eles e não media esforços para sustentar esse lugar. Lugar de quem cuida, de tudo e de todos. Porém, o corpo da aprendiz-cartógrafa não suporta esse lugar por muito tempo. Algum corpo suporta? Precisava seguir viagem e sobrecargas não cabiam na sua mochila. Remaneja. Recontrata. Reposiciona. Redistribui.

²⁵ Diário de campo, 05/09/2015.

²⁶ No ano de 2015, minha sobrinha Karolina, com sete anos, veio morar conosco, após cinco anos morando no Rio de Janeiro. Preparamos a chegada, sem que tenhamos tempo de nos preparar. Digo “nos preparar”, pois eu e Abraão passaríamos a compartilhar nossas vidas com a pequena. Às vezes era possível ser tia, mas o que se encarnou foi o ser mãe-tia. E ser mãe-tia nessas circunstâncias provocou reboliço. A gente não ocupa esse papel pela metade, quando o outro te convoca a cuidar já está colocada uma implicação nessa relação. Não fui instruída de como seria. Não me disseram que criança tem sono leve. Não me alertaram das noites no pronto-socorro do hospital. Não me falaram do quanto que criança suja roupa, é algo “fora do normal”. Não me disseram que criança gosta de viver em bando e quando eles se juntam vira festa. Não me disseram que teria que lidar com algumas palavras de ingratidão, por ocupar um lugar que não foi a criança que escolheu. Também não me disseram que se eu viajasse ela teria febre. E ainda que tivessem me alertado, eu aceitaria. O convite ao cuidado não se nega. No findar do ano as coisas se ajeitam no Rio de Janeiro, e ela então retorna.

²⁷ Durante o período do mestrado por três vezes meu coração quase parou. Por três vezes indo levar meu pai, Pedro Paulo, ao centro cirúrgico. Três vezes, reviraram sua coluna, e isso doía em mim também. A gente vive junto, sente junto e comemora a recuperação junto.

Minha intenção e convocação em trazer esta narrativa é que possamos pensar o cotidiano e o que há de mais capilar nele, o cuidado. O que pretendo expor são questões de um corpo que cuida, suscitadas a partir dessa narrativa e dos encontros e memórias que a compõem: Como o cuidado tem se dado? Como tem sido cuidar? Do que cuidamos? Quais elementos são importantes na composição do cuidado? Como vivenciar o cuidado sem ser arrastado pela sensação de sobrecarga? Como se ocupar do cuidado necessário ao cuidar?

3.2. Algumas pistas da objetificação do cuidado

Neste capítulo desejamos empreender uma análise das práticas de cuidado pautadas no ideal de normalidade. Não apenas porque esse ideal tantas vezes atravessa as discussões e experiências do grupo GAM de familiares, mas também porque, hegemonicamente, comparece nas práticas no campo da saúde e ainda da saúde mental de modo geral.

A normalidade, segundo Foucault (2010) adentrou na sociedade ocidental através da norma, da medicina e de processos de normalização e se constitui no seu atual modo de funcionamento. Noutro momento, o mesmo autor refere-se a essa passagem, enunciando a racionalidade médica que emerge no fim do século XVIII (FOUCAULT, 1998). Nessa lógica de cuidado (médico-centrada) todas as relações estão parasitadas pela preocupação, pensamento ou racionalidade médica.

Se o pensamento jurídico distinguia-se em lícito e ilícito, a racionalidade médica distinguia-se em normalidade e anormalidade, modo de pensamento que se funda pela norma, ou melhor, na oposição entre normalidade e desvio (FOUCAULT, 2010; CAPONI, 2009). Marcamos aqui a concepção de uma passagem/embricamento da sociedade de soberania ao poder disciplinar e do poder disciplinar ao controle biopolítico dos corpos. Essa passagem se dá, inclusive, pela via da medicalização (FOUCAULT, 2010).

Com a medicalização, a normalização, obtém-se uma espécie de hierarquia de indivíduos capazes ou menos capazes, aquele que obedece a uma certa norma, aquele que se desvia, aquele que se pode corrigir, aquele que não se pode corrigir, aquele que se pode corrigir com tal meio, aquele para o qual é preciso empregar outros meios. É tudo isso, essa espécie de tomada de consideração dos indivíduos em função de sua normalidade (FOUCAULT, 2010, p. 161).

O funcionamento normal ou anormal só podia ser justificado com referência a uma forma preexistente ou a um tipo específico e a norma entra nesse jogo como uma 'regra natural' (FOUCAULT, 1998). É definido como normal um sujeito que não se desvia para lado algum, um sujeito que se conserva como a maioria, que anda conforme a regra, um sujeito regular (CANGUILHEM, 2002).

É bom lembrar que, no vocabulário foucaultiano, a noção de norma está relacionada à noção de disciplina, isso implica dizer da passagem dos códigos jurídico-legais edificados pelo direito para o código da normalização sob o domínio das ciências humanas, a saber, pela jurisprudência do saber clínico, pelo poder sobre a vida e pelas formas de governamentalidade (FOUCAULT, 1989; REVEL, 2005).

A norma pode ser conceituada como um peso que se aplica tanto a um corpo que se quer disciplinar quanto a uma população que se deseja regulamentar, ou seja, as normas são coações que atravessam o corpo social e pesam sobre os indivíduos (FOUCAULT, 2010; FOUCAULT, 2002).

A norma corresponde à aparição de um bio-poder, isto é, de um poder sobre a vida e das formas de governamentalidade que a ela estão ligadas: o modelo jurídico da sociedade, elaborado entre os séculos XVII e XVIII, sucumbe a um modelo médico, em sentido amplo, e assiste-se ao nascimento de uma verdadeira "medicina social" que se ocupa de campos de intervenção que vão bem além do doente e da doença. O estabelecimento de um aparelho de medicalização coletiva que gere as "populações" por meio da instituição de mecanismo de administração médica, de controle da saúde, da demografia, da higiene ou da alimentação, permite aplicar à sociedade toda uma di tinação permanente entre o normal e o patológico e impor um sistema de normalização dos comportamentos e das existências, dos trabalhos e dos afetos (REVEL, 2005, p.65).

É possível que o cuidado reitere práticas normalizadoras? Quais interferências tais práticas de cuidado produzem? Quando o cuidado é feito sob a égide da norma, ele traz consigo um ideal de normalidade que gira em torno do que é considerado aceitável num contexto sócio-histórico específico. A

normalidade é o retorno contínuo a modelos ideais – por exemplo, de saúde, de vida, de família, de infância – que ela busca conservar por meio de defesas.

Podemos dizer ainda que não existe normalização sem sofrimento: no lugar da criação de novas normas, o sujeito produz defesas e, de forma reativa, vai limitando ainda mais as possibilidades de vida (ATHAYDE & BRITO, 2011).

Modelos substancializados (de cuidado, de criança, de saúde, de família) no exercício do cuidado se engendram ao ideal de normalidade e reproduzem uma relação objetificada, em que, o sujeito é transformado em objeto, separado de sua história, de seus esforços, de seu meio (CANGUILHEM, 2002), sendo o cuidado exercido por outros sobre este, configurando, por vezes uma relação sujeito-objeto.

Nessa direção o cuidado atualiza-se como ação de retorno a um estado de saúde anterior, que se pensa perdido ou alterado e mesmo como busca por adaptação a um estado que se pensa ser o mais correto (ideal). Um cuidado normalizante, portanto, que se pretende substancializado, idealizado, adaptador, objetivado e tecnicista.

Então, podemos dizer que o modelo assistencial que opera hoje nos nossos serviços é centralmente organizado a partir dos problemas específicos, dentro da ótica hegemônica do modelo médico neoliberal, e que subordina claramente a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar. Além disso, podemos também afirmar que neste modelo assistencial a ação dos outros profissionais de uma equipe de saúde são subjugadas a esta lógica dominante, tendo seus núcleos específicos e profissionais subsumidos à lógica médica, com o seu núcleo cuidador também empobrecido (MERHY, 1999, p. 5).

Assim, compreendendo que a lógica dominante de cuidado parece indicar para um ideal de normalidade, o que empobrece e reduz a dimensão do cuidar, buscamos analisar quais efeitos essa lógica produz no trabalho que aqui problematizamos.

Traremos como analisador a questão da sobrecarga familiar, surgida no processo grupal, para pensar os efeitos da objetificação do cuidado que atravessam o grupo GAM.

3.3. A sobrecarga familiar: quando cuidar se torna um peso

“É fácil dizer pra eu me cuidar, mas tenho minha casa para cuidar” dizia, por ocasião de uma consulta no hospital, uma dona-de-casa que não tinha nenhuma intenção irônica ou semântica ao dizer esta frase. Uma família significa a eventualidade do marido ou de um filho doente, da calça rasgada que é preciso remendar à noite, quando o menino está na cama, já que ele só tem uma calça, de ir longe comprar pão se a padaria próxima estiver fechada por infração aos dispositivos regulamentares, etc... Cuidar-se... como é difícil, quando se vivia sem saber a que horas se comia, sem saber se a escada era íngreme ou não, sem saber o horário do último bonde porque se a hora tivesse passado, voltava-se a pé para casa, mesmo que fosse longe (CANGUILHEN, 2002, p. 158).

Ouvíamos das mães²⁸ no grupo GAM expressões que diziam dessas eventualidades: *Tem dias que a tensão é tão forte que dá vontade de chorar. Pedir ajuda? Para quem? É difícil pedir ajuda, assim como é difícil conseguir ajuda. Amar o silêncio, mas não poder ouvi-lo. Perceber o tempo escorregar pelas areias da ampulheta e não poder contê-lo. Condicionar seu sono ao movimento dos olhos que se fecham em outro corpo. Carregar a cruz. Descascar o abacaxi. Ter a calma necessária para ajudar nos momentos de imensa agitação. Fazer de tudo, tentar de tudo um pouco, criação de estratégias. Estar sempre atento, não baixar a guarda²⁹.*

As relações de cuidado entre os familiares e as crianças vão se estabelecendo no dia a dia, e muitas vezes, o dia a dia das mães acaba por voltar-se totalmente para o acompanhamento das crianças em suas atividades. Na agenda, as atividades são muitas: a vida escolar, o CAPSi, os esportes (seja futebol, natação, ou artes marciais), a APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais), a LBV (Legião da Boa Vontade), a aula de balé, entre outros.

²⁸ Referimo-nos às participantes do grupo, carinhosamente, como mães do GAM. Não obstante a isso, as crianças são chamadas por nós de “filhos do GAM”. Mais à frente, pretendemos analisar essa questão, problematizando o direcionamento do cuidado à figura feminina. Apontamos ainda que os nomes utilizados para identificar as falas são simulados.

²⁹ Diário de campo, novembro de 2015.

“A gente observa pra ver se ele fica cansado, mas quem fica cansada, acabada, sou eu. Eu vou acompanhando o ritmo dele”³⁰.

Essa é uma afirmação que, repetidamente, atravessa o grupo. A narrativa e mesmo os encontros parecem indicar que o exercício do cuidado produz um cansaço: Um sobrepeso? Uma sobrecarga? Parece haver um peso, uma (sobre)carga atrelada a um sentimento de estar sempre só, suportando esse peso nos lombos. No grupo GAM, buscamos habitar essas questões: De que (sobre)carga estamos falando? Com quem a gente pode contar? São pessoas? São grupos? Habitando a questão é possível expandir as conexões, avançar, viver melhor.

Algumas mães diziam da dificuldade em encontrar parceria em sua própria casa: *Os parentes são tão distantes... Desacreditam das crianças, julgam como “malcriados”, sem limite. É como se faltasse rede de apoio, por vezes elas se sentem assim. Mas será que essa rede nos falta? Ou ela é frágil, desmonta-se facilmente? Desarticulada? Parece que, dizer que falta rede de apoio, não garante a complexidade que envolve tecer essa rede.*

Interessada em analisar melhor a temática da sobrecarga familiar no cuidado em saúde mental, tendo em vista a intensidade que comparece no grupo GAM, voltei-me a alguns textos que havíamos discutido no grupo de pesquisa acerca do tema (ROSA, 2005; GONÇALVES & SENA, 2001; BANDEIRA *et al*, 2008; BARROSO *et al*, 2009; PEGORARO & CALDANA, 2008; CAMPOS & SOARES, 2005; BARROSO *et al*, 2007; PEGORARO & CALDANA, 2006; SANTIN & KLAFKE, 2011; SILVA, 2009; PIMENTA, 2008).

Tais produções compareciam como referências nessa temática: eram validadas por pesquisas internacionais, que se aplicavam em replicá-las. De modo geral, são pesquisas que operam numa lógica representacional e quantitativa e se propõem a identificar a sobrecarga nos familiares – medi-la, subdividi-la, categorizá-la – apontando a necessidade dos serviços em saúde mental trabalharem com os familiares dispondo de cuidado sobre eles.

³⁰ Trecho da memória do grupo GAM, dia 11/09/2014.

Analisando tais produções, percebe-se que existe uma ampla discussão acerca da necessidade de trabalho com os familiares, mas pouco tem acontecido ou, para não sermos incoerentes, pouco tem sido publicado acerca das práticas efetivas de cuidado e intervenção **com** familiares. Criar parcerias com o familiar para o tratamento implica cuidar das relações que se compõem a partir daí.

O cuidado vem sendo colocado como uma palavra multiderivada e que de modo geral indica a preocupação ou inquietude por algo ou alguém. Na saúde associa-se muito rapidamente o cuidado aos recursos técnicos, instrumentais e terapêuticos, isto é, a uma intervenção clínica.

Etimologicamente, a palavra clínica vem do grego *klinê*, que significa leito, sendo o clínico aquele que se posiciona diante da cabeceira do leito do paciente, para lhe examinar, diagnosticar, tratar, remediar, curar, e tantos outros verbos (MOREIRA; ROMAGNOLI; NEVES, 2007). Vinculado a esta perspectiva de intervenção clínica, tantas vezes o cuidar se torna uma atividade reservada aos especialistas, que se debruçam sobre o leito do doente para restituir ao sujeito algo que ele, supostamente, perdeu: o ideal de normalidade.

Contudo, gostaríamos aqui de contingenciar essa noção hegemônica do cuidado, ampliando as possibilidades de pensá-lo como algo que se passa nas relações, entre todos, molecularmente, e que tem como condição a escuta atenta, o respeito, a confiança, o acolhimento das diferenças, a solidariedade e a reciprocidade (SILVA, 2009).

“Alguém cuidando de mim é alguém se preocupando comigo. Se estou bebendo, comendo, é muita coisa. Se está fazendo carinho. Se está se preocupando com o que estou pensando para eu não me prejudicar. O cuidado é muito extenso, muito grande³¹.”

A maioria das pesquisas citadas, que têm como tema a sobrecarga familiar, objetiva constatar que o cuidado de pessoas com transtorno mental pode gerar sobrecarga. Marcam como uma das causas da sobrecarga a reorganização da

³¹ Trecho da memória GGAM do dia 25 de setembro de 2014, descrevendo a fala de um familiar durante a um grupo GAM.

vida do cuidador em função das necessidades do paciente adulto. Quando esse cuidado tem como complexidade a relação entre familiares e crianças em sofrimento psíquico existem outros vetores que passam a interferir.

Na experiência de um cuidado que se faz objetivado vigoram as práticas tutelares e desautonomizadoras e quando nos referimos à criança isso fica ainda mais naturalizado por meio de uma série de afirmativas, tais como: a criança é totalmente dependente; os filhos, independente da idade, sempre vão depender dos pais; é a família que sabe o que é melhor para a criança (PEGORARO & CALDANA, 2008). Barros (2015), ao colocar em análise na estratégia GAM o percurso de Grupos de Intervenção (GIs), realizados com familiares de usuários adultos de CAPs do interior do Rio de Janeiro, adverte sobre a posição ambígua ocupada pelo familiar na rede de saúde mental,

O familiar ocupa uma posição ambígua nesse contexto: ora é visto como parte fundamental da rede de apoio, tornando a vida do usuário mais autônoma, pois mais independente das instituições de saúde mental, ora é visto como um agente de tutela e controle, limitando a autonomia do usuário e restringindo sua independência (BARROS, 2015, p.34).

Nesse ponto a experiência do cuidado, cujos efeitos podem ser de tutela e adaptação, alcança não apenas as práticas de profissionais de saúde, mas também a todos aqueles em posição de cuidadores, inclusive os familiares. Duplamente no caso da criança usuária dos serviços de saúde mental, muitas vezes a tendência da família é superproteger, criar uma redoma em volta da criança que bloqueia entradas e saídas.

A postura infantilizadora no cuidado constrói e fortalece o lugar de incapacidade da criança como alguém que não 'dá conta' de certas atividades, escolhas e ações, não apenas por ser criança, mas por ser uma criança adjetivada de "especial". São produções de modelos ideias, tanto da criança normal quanto da criança especial. *Mas não somos todos nós especiais?*

A infantilização tende a colocar a criança no lugar de passividade frente ao cuidado, impede a autonomia e nessa relação de superproteção constrói também a manutenção da figura identitária do cuidador modelo, o que também produz sofrimentos. Num dos grupos, uma mãe de forma muito emocionada, nos conta

da dificuldade em confiar seu filho a outras pessoas e/ou profissionais e na capacidade de seu filho em cuidar de si mesmo: “*É difícil não poder cuidar o tempo todo e ter que confiar no cuidado do outro com seu filho*”, ela dizia. Ela nos conta que seu filho algumas vezes chegava pra ela e dizia “*Mãe, eu sei cortar o tomate!*”. Mas ela de forma protetora lhe dizia que ele não poderia usar a faca, porque é perigoso. Nesse dia, ela mesma problematiza:

*É que a dependência, muitas vezes não são eles que têm dependência da gente, mas a gente que é dependente deles. Nós muitas vezes estamos tão acostumados, mas ele fala: Mamãe, isso eu sei fazer! É tão difícil para mim, aceitar que ele sabe fazer!*³²

As outras mães também falam desse sentimento como algo que alegra e assusta ao mesmo tempo, e de como isso também é questão para elas. Elas se acostumaram a fazer tudo, correr atrás de tudo por eles, de modo que, para essas mães, é difícil e doloroso acreditar que em algum momento eles não precisarão tanto delas. Gustavo diz que um dia ele irá trabalhar e cuidar de sua mãe, mas ela responde para ele que iria sentir muito sua falta. Ele insiste: “*Eu sei minha mãe, mas você irá conseguir*”³³.

Neste ponto encontramos uma das pistas para a análise da ancoragem da sobrecarga: Como é sentir que o cuidado depende apenas de si? Que cuidar do outro se tornou a própria vida, ao ponto de ser difícil pensar a vida sem esse outro, sem estar a ele devotada? A sobrecarga ancora-se então a uma experiência de dependência aprisionante. Um cuidado que produz dependências mútuas. Isso é tão intenso na experiência do grupo que os familiares chegam a sentir “*É que na verdade nossa vida é cuidar deles*”.

E a minha vida é isso! Na escola com ele de manhã, vou pra lá, vou pra cá. Apesar de ter doze anos ele é muito dependente. Ainda não melhorou, vai ter melhorado quando ele puder ficar na escola sozinho. [...] Eu não tenho tempo pra mim, pra nada, nada, nada. Eu só durmo quando eu olho e vejo que ele está

³² Trecho da memória GGAM do dia 24/09/2014.

³³ Trecho da memória GGAM do dia 24/09/2014.

*dormindo. Aí é minha vez, diz Glaucia. Outra mãe diz: Eu amo o silêncio, mas enquanto ele está acordado, eu não tenho silêncio. Me faz falta.*³⁴

*A mãe fala por uns 20 min sem parar. Sua fala é pesada e cansada. (...) Eu ficava muito triste, chorava muito (...) ele sofre, eu sofro... Ela conta uma história, falando que pediu muito para que Gustavo parasse de morder os coleguinhas na escola. No dia que ele parou, ela ficou super feliz e elogiou seu filho, até que ele levantou o casaco mostrando que ele tinha levado uma mordida. Quando Katia foi comentar com a professora, ela disse que as outras crianças estavam se vingando. “O que eu ia falar com meu filho? Ela pergunta arrasada. São coisas muito difíceis de se explicar e se viver... é uma luta árdua, é o nosso dia a dia, não da pra explicar não...” Ela suspira.*³⁵

Em outro encontro Katia recoloca:

*“O que faz bem pra mim, as minhas expectativas, hoje, é o meu filho. Tudo o que eu faço pra me sentir bem é em relação a ele. As minhas expectativas sobre mim, eu sei que posso conseguir. Mas a minha preocupação maior é ele. Hoje minha realização é ele. (Está) em vê-lo conseguindo dar pequenos passos. A minha realização é vê-lo se realizando (em coisas) como ler, escrever. Depois ele (poderá) ver as coisas como eu vejo, com as expectativas dele (nele), com o cuidado dele (de realizar o que precisa sozinho). Ele se realizando eu vou estar realizada. Eu me vejo nele. Tenho outras expectativas, mas a minha maior é ele. Eu penso em mim pensando nele. Eu faço o máximo possível de mim para ele. Não deixando de fazer minhas coisas, mas o objetivo principal é ele”*³⁶.

As experiências narradas parecem indicar que quase sempre cuidamos daquilo que o outro espera de nós. Sem muitas vezes que isso se aproxime do que esperamos de nós mesmos. Poderíamos ouvir e tantas vezes ouvimos o que

³⁴ Trecho da memória do grupo GAM do dia 18/09/2014

³⁵ Trecho da memória do grupo GAM do dia 28/08/2014.

³⁶ Trecho da memória GAM do dia 25/09/2014.

circulava no grupo Gam com admiração pela enorme entrega na relação entre essas mães e seus filhos e netos. Talvez essas mulheres tantas vezes acreditassem que era isso que delas se esperava como mães. No entanto, mais que um olhar admirado e naturalizador neste encontro grupal, o manejo buscou levantar questões:

Quando tentamos nos conhecer, prestar atenção na gente, isso é uma forma de cuidar da gente? Às vezes fazemos muito o que os outros querem. Nem paramos para pensar o que a gente realmente quer. Não sabemos muito bem quem somos. Como estamos nos sentindo. Acabamos vivendo no piloto automático e não conseguimos fazer o movimento de voltar-se para si, para nos percebermos. O que estamos sentindo? O que é bom pra mim? O que é importante na vida? Tentar se entender um pouco mais no mundo/ e o mundo. Como vou cuidar de mim mesmo se ainda não sei o que é importante para mim? Quais são as coisas que me fazem bem?

Nestas questões percebemos outro ponto em que a sobrecarga se ancora: o direcionamento do cuidado à figura feminina.

“Chega mais pertinho, vem pra cá, vem pra roda de mulheres!”³⁷

O gênero feminino e o papel da mulher passaram por diversas mudanças ao longo do século XX até os dias atuais, incluindo alterações nos modos de viver e cuidar. Contudo, a prática do cuidado não institucionalizado permanece como uma atribuição natural às mulheres, pois parte de uma concepção cristalizada do sexo feminino, milenarmente atrelada ao ambiente doméstico e aos seus afazeres (ROSA, 2005; PEGORARO & CALDANA, 2008).

Quanto ao cuidado do doente mental, percebemos a repetição deste direcionamento às mulheres, sejam elas mães, irmãs, tias, avós, geralmente são elas que cuidam no contexto familiar (GONÇALVES E SENA, 2001; PEGORARO & CALDANA, 2008). Alguns autores chegam a afirmar que a mulher é a principal

³⁷ Trecho da memória do GGAM do dia 30/10/2014.

atora com a qual se deve estabelecer aliança, para consolidar as práticas de cuidado antimanicomiais (GONÇALVES E SENA, 2001).

Essa posição naturalizada da mulher como cuidadora ganha destaque nas pesquisas sobre a sobrecarga familiar, pois a dimensão de gênero também se encontra atualizada na percepção desta sobrecarga e parece influenciar as famílias (CAMPOS & SOARES, 2005; PEGORARO & CALDANA, 2008). Estudos que apontam a sobrecarga familiar ancorada no gênero feminino também indicam para uma maior necessidade de apoio às mulheres cuidadoras. Ora são vistas como aquelas que fornecem o cuidado a alguém que delas depende, ora como sujeitos que possuem franca necessidade de receber cuidados da equipe (PEGORARO & CALDANA, 2008). É uma relação de correspondência que aqui nos interessa: analisar quais modos de subjetivação a objetificação do cuidado à figura feminina tem produzido.

Cada uma das familiares/cuidadoras participantes do grupo GAM traziam consigo uma singularidade no cuidar, expressão de que o cuidado não é sempre o mesmo, independentemente de quem o exerça, mas pode ser atravessado de muitos sentidos, construído de muitos jeitos. Era difícil para aquelas mães confiar no cuidado da escola, de alguns parentes, de seus companheiros e, com isso, retinham para si cada vez mais esse cuidado. Difícil confiar porque tantas vezes se partia de um ideal de cuidado do qual nada poderia fugir. Dito de outra forma: “ninguém conseguiria cuidar como elas”.

No grupo GAM essas mulheres parecem encontrar um espaço onde todas falam a mesma língua, onde todas são do mesmo time e “ser do mesmo time é também rir das mesmas coisas, ou então calar-se, não precisar ‘explicar-se’. É tão agradável não ter que se explicar!” (DELEUZE, 2013).

Discutem (e agora quase não se houve a voz dos manejadores, nem de Renata, é um papo entre as mulheres que ali estão) sobre a sinceridade na relação com a igreja, a leitura, agora da Bíblia, que se sincera pode salvar³⁸.

³⁸ Trecho da memória GGAM do dia 21/05/2015.

A experiência de uma mulher narrada no grupo incluía e interpelava muitas outras mulheres ao ponto de algumas cabeças balançarem concordando (ou discordando) com a fala, o corpo se inclinando sobre a mesa, alguns murmúrios: “é desse jeito”, “o meu também é assim”, “eu também faço isso”. No grupo GAM, compartilhamos a história de uma mãe que largou tudo para cuidar de seu filho e seu esposo.

Porque você nunca sabe se o seu filho vai ser saudável ou não. Sabia eu – ela suspira - meu filho, né, eu adotei quando ele tava com cinco meses, mas sabia eu que eu ia adotar um filho, uma criança, que nunca me passou pela cabeça também, e ainda ia ter que trabalhar com ele essa situação dele, de transtorno (...). Minha família é contra tudo. Porque, né, foram criados iguais a mim, meus irmãos... Todo mundo achou um absurdo eu ter largado profissão (...) eu fui muito criticada. E a cada crítica que eu recebia, eu ficava mais perdida, me perguntava se eu estava fazendo certo (...) eu comecei a ser malcriada com as pessoas. Julia continua falando por um bom tempo e sua fala vai ficando cada vez mais intensa. (...) As pessoas diziam: Por que você não larga esses dois abacaxis e vai viver sua vida? Ninguém quer os dois. Pedem para eu deixar o João com o pai e ir visitá-los. Eu ouvi muito (...) enterra, sai fora, larga essa cruz que não é sua... Larga os abacaxis... Julia tem que vigiar em casa, pois além de seu filho, o seu esposo também faz acompanhamento psiquiátrico e ela precisa estar sempre vigiando³⁹.

Como lidar com isso? Com o julgamento do outro que desqualifica a todo tempo nossas escolhas e apostas de vida e de cuidado? O grupo GAM, entre mulheres, usuárias, trabalhadoras, estudantes da universidade, efetivava-se como prática coletiva na abertura e no acolhimento dessas experiências.

No sofrimento que alcança o grupo a naturalização da maternidade também é um ponto a ser questionado, posto que a sociedade moderna já codificou um modelo ideal da mãe provedora de cuidados. O vínculo e o afeto,

³⁹ Trecho da memória GGAM do dia 28/08/2014.

que são condições para o cuidado, acabam se confundindo com um conjunto de obrigações socialmente determinadas, “papel de mãe” (PIMENTA, 2008).

Não obstante, são elas a presença mais significativa nos grupos, nas assembleias, nas consultas, na relação com a escola, no cuidado direto do familiar – sobretudo em nossa pesquisa que tem como interface o cuidado de crianças na saúde mental.

Por isso podemos analisar que a sobrecarga está também ancorada nas práticas e ideologias associadas aos papéis masculino e feminino na nossa sociedade, que findam por imputar uma maior “carga” às mulheres (CAMPOS & SOARES, 2005).

Em todo o mundo, são usualmente as mulheres que cuidam de doentes e crianças. Pois bem, há esta iniquidade. O que fazer? Como enfrentar esta situação sem aprofundar o fosso da desigualdade de direitos e neutralizar a desigualdade inescapável da diferença de gênero? Apostamos nesta ação: transversalizar (PASSOS & BARROS, 2012, p. 238).

Transversalizar para pôr em cheque essas naturalizações e analisar quais as formas e forças tem produzido esse exercício do cuidado dentro da esfera familiar como papel exclusivamente destinado à figura feminina. E então nos voltamos àquelas questões elencadas anteriormente: O que é cuidar? De que cuidamos? Quem pode cuidar? A partir delas é importante questionar o cuidado como exclusividade da figura feminina.

Ainda que seja destinado socialmente a ela, o cuidado é algo que se dá na relação coemergente entre sujeitos. O que diz que o cuidado não é propriedade ou exclusividade de alguém, habilidade ou inteligência natural, mas fruto de aprendizagens e cultivos abertos a todos.

A sobrecarga familiar (do inglês “*family burden*”) é um termo que pode ser definido como o estresse emocional e econômico que afeta as famílias que cuidam de pessoas doentes e equivale aos termos interferência, impacto, fardo: “[...] a sobrecarga familiar é um fenômeno evidente e persistente, mesmo quando o paciente responde a tratamentos efetivos” (CAMPOS & SOARES, 2005, p. 232).

Alguns autores subdividem a sobrecarga em ‘sobrecarga durante a crise’ e ‘sobrecarga pós-crise’ e destacam que a sobrecarga estava presente com muito mais intensidade nos momentos de crise, pois envolvia tensões, tentativas de fuga, de suicídio, que após a crise tendiam a se ausentar. Nesses momentos de crise evidenciam-se também os sentimentos de impotência diante desse desconhecido que é a doença e a crise (PEGORARO & CALDANA, 2006).

Outros autores apontam ainda que a sobrecarga se divide em dois aspectos: a sobrecarga objetiva e a sobrecarga subjetiva⁴⁰. Para eles a primeira se refere às ocupações (a assistência ao paciente, à supervisão de comportamentos problemáticos, parte ocupacional e financeira) e a segunda a percepções e sentimentos (preocupação com o paciente, sensação de carregar um fardo muito pesado, incômodo, acúmulo de funções) (BARROSO *et al*, 2009; BANDEIRA *et al*, 2008; BARROSO *et al*, 2007).

A sobrecarga objetiva engloba os cuidados cotidianos, que devido à sua assiduidade, ou seja, a necessidade de realizar com frequência tais tarefas, produzem elevada sobrecarga para a maioria dos cuidadores (BARROSO *et al*, 2007). A sobrecarga subjetiva se refere a percepções, sentimentos negativos e incômodos originados pelo papel de cuidador. Isto significa dizer que: quanto maior for a sobrecarga objetiva maior será a sobrecarga subjetiva. A sobrecarga subjetiva se apresenta mais elevada nos familiares que, além de desempenharem o cuidado direto do paciente, trabalham fora de casa, possuem algum problema de saúde, ou tem outros filhos, principalmente crianças (BARROSO *et al*, 2007).

A sobrecarga é uma experiência, seja ela emocional, prática ou financeira. Ela é um ‘rebote’ frente tensões cotidianas, frente à falta de respostas aos conflitos e as crises que tem o cuidador como alvo principal (PEGORARO & CALDANA, 2006).

⁴⁰ “Alguns autores (Marsh, 1992; Platt, 1985) distinguem: de um lado, a “sobrecarga objetiva”, que se refere aos problemas ou dificuldades concretas, verificáveis e observáveis, causadas pelos comportamentos do paciente; de outro lado, a “sobrecarga subjetiva”, que se refere aos sentimentos sobre o ato de cuidar do paciente e está relacionada às consequências da sobrecarga objetiva” (CAMPOS & SOARES, 2005, p.222).

CAMPOS & SOARES (2005) destacam os efeitos da sobrecarga como um fenômeno perceptível:

Efeitos sobre a situação financeira da família: gastos extra, perda de renda, alteração na vida profissional dos membros da família; Efeitos sobre a rotina familiar: ruptura nas atividades cotidianas de trabalho, de escola dos membros da família; Efeitos sobre as atividades de lazer da família: alteração nas atividades habituais de lazer; Efeitos sobre a interação familiar: alterações na atmosfera familiar, na relação com a pessoa doente e nas relações sociais; Efeitos sobre a saúde física de outros familiares: alterações na saúde física de outro familiar, diretamente relacionadas ao surgimento da doença na família; Efeitos sobre a saúde mental de outros familiares: necessidade de ajuda psicológica ou psiquiátrica, diretamente relacionadas ao surgimento da doença mental na família; Efeitos do tratamento: dificuldades e facilidades encontradas, qualidade dos serviços, efeitos sobre a vida dos familiares (CAMPOS & SOARES, 2005, p.224).

Acompanhando as análises advindas dos estudos sobre a sobrecarga é possível assinalar que por vezes as condições mapeadas, que geram tal experiência, são tratadas em uma lógica causal, instituída e justificada por estes autores, mas não necessariamente problematizada. Como separar condições objetivas e subjetivas? Separar o afeto do que se vive no concreto? A sobrecarga seria então algo natural no cuidado de pessoas com problemas mentais?

Acompanhando o grupo Gam analisa-se que a sobrecarga não parece estar “em si” no “surgimento da doença mental na família”, “na alteração nas atividades habituais de lazer”, “nas alterações na atmosfera familiar”, etc., porque estas experiências não portam em si mesmas o modo como vamos vivê-las e senti-las. Sem desconsiderar que os acontecimentos mapeados nestes estudos são importantes, no entanto, reconhecer neles a causa da sobrecarga é não dar visibilidade a sua construção.

A sobrecarga é construída e sustentada a partir de uma relação com discursos de verdade que atravessam essas mulheres, no que se institui como ser mulher, ser mãe, ser filho, mas não apenas, pois atravessa também as relações estabelecidas com a escola, o bairro, os serviços de saúde e a sociedade de modo geral.

Pegoraro & Caldana (2006) acrescentam que o termo sobrecarga familiar envolve aspectos práticos, emocionais e econômicos que permeiam o cuidado à

pessoa em sofrimento mental, englobando todos os familiares encarregados do cuidado.

A sobrecarga se refere à presença de problemas, dificuldades ou eventos adversos que afetam significativamente a vida dos familiares ou cuidadores responsáveis pelo paciente, e corresponde ao elemento do sofrimento explicitamente atribuído ao paciente (CAMPOS & SOARES, 2005, p. 219).

Tais pesquisas, portanto, constataam que frequentemente há um familiar que assumirá os cuidados do portador de transtorno mental em casa – quase sempre do sexo feminino – e esse familiar é chamado de cuidador direto (PIMENTA, 2008). Fazem uso de questionários sociodemográficos e de instrumentos de medida que permitem quantificar os níveis da sobrecarga. São pesquisas que se baseiam nos estudos internacionais sobre o tema, sendo o principal instrumento a Escala de Sobrecarga dos Familiares de Pacientes Psiquiátricos (FBIS-BR)⁴¹.

Importante observar que ao operar por representatividade (via amostragem), na maioria dessas pesquisas, quem escolhia os familiares cuidadores para alcançar essa representatividade eram os profissionais. Eles identificavam pela frequência no serviço quem seria o cuidador principal e excluíam familiares cuidadores com menos de 18 anos e/ou que já tivessem demandado serviço em saúde mental. Mas porque os menores de 18 anos de idade não são incluídos? Do que isso diz? Há pré-requisitos para o cuidado? A pesquisa feita assim parece definir de antemão o resultado a que se quer chegar, pois ter acima de 18 anos de idade e ser “são” formam pré-requisitos para ser cuidador:

⁴¹ *Family Burden Interview Schedule* (FBIS) é uma escala multidimensional que, por isso, entende-se que seja apropriada para avaliar o conceito multifacetado de sobrecarga. “Essa escala, elaborada por Tessler and Gamache já foi submetida ao processo de adaptação transcultural para o Brasil, com a sigla FBIS-BR e foi submetida ao estudo de sua confiabilidade” (BANDEIRA *et al*, 2008, p. 98). “A FBIS-BR avalia a sobrecarga objetiva e subjetiva dos familiares em 52 itens, distribuídos em cinco subescalas: a) assistência na vida cotidiana; b) supervisão aos comportamentos problemáticos; c) gastos; d) impacto nas rotinas diárias; e) preocupação com o paciente” (BANDEIRA *et al*, 2008, p. 100).

Após consulta aos pacientes, esses familiares *foram* convidados para participar do estudo. Caso o paciente ou seu familiar se recusassem a participar, realizava-se um novo sorteio aleatório. Incluíram-se familiares de ambos os sexos, com idade acima de 18 anos. Foram excluídos os familiares menores de idade e os que já haviam sido internados para tratamento psiquiátrico (BARROSO *et al*, 2007 , p. 272)

Dupla cilada, pois mesmo quando o cuidado escorre das mãos dos especialistas ele se referencia no paradigma da normalidade. Especialistas e normais são os sujeitos do cuidado. Usuários e anormais, subjetividades desviantes, são objetos do cuidado. O cuidado é aí ação unidirecional.

Em muitos momentos a experiência compartilhada pelo familiar no grupo pautava-se nesse lugar idealizado de família, de criança, de cuidado. Vigorava ali, nas falas trazidas, a atualização de paradigmas da normalidade:

Kátia diz ter usado também o "método da vara" e o castigo. E compartilha conosco o que sentia: "Ah, meu Jeová. Eu não tenho condições de criar essa criança. Eu sou incapaz de cuidar dessa criança. [...] E muitos julgam as mães de não disciplinarem seus filhos, (porque) elas fazem um comparativo com uma criança dita 'normal', como colocar de castigo, brigar, bater. Não adianta. Ele torna a fazer quantas vezes for possível. [...] Eu cansei de bater. Eu chegava na escola e estavam todos com medo de uma criança pequena que colocava o terror"⁴².

Mas aí eu perguntei ao médico se isso é normal e o médico me disse que noventa e nove por cento dos meninos são assim!⁴³

Nossas experiências no processo grupal indicam que a problematização da experiência da sobrecarga implica a importância da desconstrução desse lugar idealizado do cuidado: Quem pode cuidar? Como cuidar? Do que cuidamos? Visto que o cuidado é algo que circula e perpassa a todos nós, independente do gênero e da idade.

⁴² Trecho da memória GAM do dia 11/09/2014.

⁴³ Trecho da memória GAM do dia 18/09/2014.

No grupo Gam com familiares, buscamos perturbar ideais de saúde, cuidado, de família, de criança, para desconstruir não apenas a idealização, mas a lógica normalizadora que a sustenta.

“Sujeitos do adoecimento” também cuidam, pois acreditamos numa perspectiva de saúde que não exclui a doença, ou seja, o cuidado não se restringe ao ser ‘normal’, mas acontece na possibilidade de sermos capazes de criar e recriar novas normas de vida.

Barros & Gomes (2011) expõem que a impossibilidade de doença para um homem saudável não existe, assim como não existe essa figura ideal de homem saudável, o que existe são sujeitos em constante processo de feitura, criando novas capacidades de lidar com o meio.

O homem são não é, portanto, são. Sua saúde é um equilíbrio conquistado à custa de rupturas incoativas. A ameaça da doença é um dos elementos constitutivos da saúde (CANGUILHEM, 2000, p. 261).

Temos no grupo a experiência singular de Kátia, uma mãe que conta com o filho mais velho no compartilhamento do cuidado de Gustavo. Assim vemos desenovelar-se outra pista para a análise da ancoragem da sobrecarga: o que muda quando o sujeito do cuidado é a criança? A criança tem um lugar no seu cuidado? Quais diferenças habitam esse campo da saúde mental?

“Então eu fui preparando ele (dizendo) que o irmão dele ia precisar muito de nós três. Pra gente ficar junto, porque as pessoas de fora não iam entender. Mas nós, devíamos ficar perto dele, pronto a ajudar, mesmo quando ele não quiser a nossa ajuda. [...] O irmão que ele tem, até eu queria ter”. Kátia conta de certo dia que Gustavo fez cocô na roupa, na escola. Quando ela chegou para cuidar de Gustavo, cheia de vergonha das outras mães, o menino chama Kátia e diz pra ela não se preocupar. Ele já havia limpado o irmão. “Ele cuida mesmo, como ele está mais próximo do Gustavo o cuidado também é dele.”⁴⁴

⁴⁴ Trecho da memória GGAM do dia 18 de setembro de 2014.

Sabemos que o cuidado não é um fácil empreendimento. Ocupar-se do cuidado exige de nós tempo, disponibilidade, atenção, afeto, tem lá suas limitações e desafios. Os familiares/cuidadores chegam ao serviço com uma experiência de crise que diz respeito não apenas ao cuidado e à convivência com o familiar com sofrimento psíquico, mas a muitos problemas existenciais (ROSA, 2005; GONÇALVES E SENA, 2001).

Mudanças na atmosfera familiar, dificuldades de lidar com comportamentos agressivos, estresse constante nos membros da família que falam de um sentimento de impotência (CAMPOS & SOARES, 2005). Mas se existem desafios também existem possibilidades, e não queremos perdê-las no mapa.

Acerca da existência da sobrecarga familiar, não é nosso objetivo negá-la, tampouco diminuir o efeito do sofrimento que opera. Interessa-nos problematizar a relação amiúde entre cuidado e sobrecarga. Uma relação que trabalha com o que já está instituído pelo discurso científico sobre o cuidado de familiares, afirmando que “a sobrecarga é um fenômeno evidente e persistente, mesmo quando o paciente responde a tratamentos eficazes” (CAMPOS & SOARES, 2005, p.232), ou seja, uma experiência naturalizada em sua produção e por isso incontornável.

No entanto, não apenas neste discurso, posto que também seja importante problematizá-la tendo em vista comparecer instituída na vida dos próprios familiares/cuidadores, no modo como experimentam o cuidado tantas vezes como uma sobrecarga.

Fomos compreendendo que, sentir a sobrecarga de uma certa maneira endossa consigo um certo modo de cuidado. Seria preciso deslocar a montagem da sobrecarga para deslocar a produção do cuidado. Pôr a sobrecarga em análise é também problematizar os modelos idealizados de família, de criança, de cuidado, de saúde, pois o que pesa é um sentimento de não conformidade com as normas. Para pôr a sobrecarga em análise é preciso pôr em análise a ancoragem que a sustenta e a lógica de cuidado pautada no ideal de normalidade em que ela é produzida.

Os serviços, muitas vezes, assentam a família neste modelo ideal: a família, que por família ser, tem essa condição *a priori* de exercer o cuidado (GONÇALVES E SENA, 2001). Ideal de família.

Paralelamente à convocação do cuidado familiar (e também comunitário, é bom lembrar), quando não se encontra a família ideal, acredita-se que as famílias estão despreparadas e pouco amparadas para acolher e cuidar do portador de sofrimento psíquico, “havendo ainda uma lacuna entre o cuidado que se tem e o cuidado que se almeja ter em saúde mental” (SANTIN & KLAFKE, 2011, p.147).

Norteando esta constatação está a busca por um certo modelo de cuidado que desqualifica qualquer outra prática de cuidado em exercício. É preciso ensinar as famílias a cuidar. Ideal de cuidado.

Nas bibliografias pesquisadas acerca da sobrecarga familiar, o tema da Reforma Psiquiátrica é mencionado com muita força. A Reforma Psiquiátrica é, por esses textos apontada, como um conjunto de aparatos legislativos, jurídicos e administrativos, que visa legalizar o processo de desinstitucionalização e objetiva trazer a loucura para o convívio familiar, como ponte para que o usuário possa se reintegrar ao convívio social, não mais enclausurado nos manicômios (CAMPOS & SOARES, 2005; PIMENTA, 2008). Podemos dizer que esse é o ponto comum que se coloca entre esta pesquisa e aquelas aqui também referenciadas.

Santin & Klafke, (2011) afirmam que, com o processo de desinstitucionalização oriundo da reforma, a família começa a ser considerada no cuidado. Surge uma preocupação nova no âmbito da saúde mental: o impacto da desinstitucionalização nas famílias. Esta preocupação considera a sobrecarga familiar como efeito e consequência da desinstitucionalização do cuidado (CAMPOS & SOARES, 2005).

As alterações na vida dos familiares tornaram-se objeto de estudo a partir da reforma psiquiátrica e, desde então, vêm sendo investigadas (BARROSO *et al*, 2009). Estes estudos correlacionam os conflitos de ordem emocional, social, relacional e material como reflexo da reforma psiquiátrica e da desinstitucionalização: “Acredita-se que as consequências da reforma psiquiátrica

refletem de forma direta sobre a família do doente mental, principalmente sobre as pessoas responsáveis pelo cuidado” (GONÇALVES E SENA, 2001, p. 49).

Ainda que tenhamos como ponto comum com os estudos citados a crença na Reforma como movimento fundamental no processo de desinstitucionalização, parece-nos perigosa a relação direta feita entre esse movimento e a geração de sobrecarga.

Em nossa análise, não pensamos a Reforma apenas como uma utopia e a família (idealizadamente) como instituição pronta a exercer esse cuidado, como em alguns momentos estes autores parecem sugerir. Também não entendemos o cuidado como algo substancializado, um objeto que se carrega, ou algo que retiramos de “lá” do manicômio e trazemos para “cá”, para o ‘seio familiar’.

A desinstitucionalização não se restringe à substituição do hospital por um aparato de cuidados externos envolvendo prioritariamente questões de caráter técnico-administrativo-assistencial como a aplicação de recursos na criação de serviços substitutivos. Envolve questões do campo jurídico-político e sociocultural. Exige que, de fato, haja um deslocamento das práticas psiquiátricas para práticas de cuidado realizadas na comunidade (GONÇALVES E SENA, 2001, p. 50)

Nos estudos que analisam a sobrecarga familiar oriunda do processo de desinstitucionalização argumenta-se que a Reforma coloca/cria um novo problema: o da redistribuição e redemocratização do cuidado como geradores da sobrecarga familiar. Um pensamento causal? Talvez sim, porque se acaba por não problematizar de fato a experiência da sobrecarga.

Se “redistribuir” gera sobrecarga, a nosso ver tal sobrecarga fala da qualidade das redes construídas, dos novos modos de organizar o trabalho em saúde mental, de uma reforma ainda em processo, da relação ainda distanciada entre serviço e família, ou seja, leva à necessidade e continuidade de discussão e análise de outros pontos e questões. Além disso, as análises sobre a sobrecarga não problematizam a produção do usuário da saúde mental como peso, carga, a ser distribuída. A discussão da sobrecarga naturalizada reifica, ao mesmo tempo, o sujeito, aqui em nosso caso, a criança, como fardo.

Mas outras pesquisas vão romper com essa lógica causal afirmando que o cuidado é a principal condição para transformar modos enclausurados de viver e

sentir e de atenuar o sofrimento do portador de transtorno mental e de sua família no cotidiano. Cuidar, na perspectiva da desinstitucionalização, é também acolher e trabalhar os sentimentos, os conflitos, as desorganizações dos familiares. Outros caminhos e relações vão se construir a partir daí (PIMENTA, 2008).

Cuidar nessa direção é também acolher e incluir o usuário como sujeito no processo do cuidado e ainda os afetos, dificuldades e desafios sentidos pelos profissionais envolvidos.

A proposta da desinstitucionalização não se limita a desospitalização. Quando “derrubamos” os muros do hospital psiquiátrico precisamos fazer fugir também as formas de olhar coisificantes que reificam a lógica manicomial⁴⁵, para que o cuidado não permaneça institucionalizado. A desinstitucionalização tem sido confundida com o êxodo no caminho reverso: volta-se ao Éden, volta-se à família. Não redistribuí, apenas transfere⁴⁶.

O problema fundamental, nesse sentido, não reside em remover o sintoma, a doença, ou recuperar a pessoa, mas em criar muitas possibilidades de vida dentro de um novo modelo cultural que deixe de ser o de custódia ou de tutela, apoiando-se na participação e no desenvolvimento de projetos que alarguem os espaços de liberdade dos sujeitos. E claro, propiciando a inclusão da família nesses espaços de intervenções (PIMENTA, 2008, p.112).

⁴⁵ Lógica manicomial ou como Romangoli pontua “a presença de manicômios que habitam nossas subjetividades e insistem na exclusão. [...] Entregar-se à subjetividade manicomial, que enclausura a vida na repetição, é um risco constante” (ROMAGNOLI, 2007, p. 101). Manicômios em nós.

⁴⁶ Trago aqui uma experiência singular, para elucidar outra possibilidade de se relacionar com práticas de cuidado desinstitucionalizadas. Minha sogra, recente perda, tinha diagnóstico de esquizofrenia. Fazia uso de vários medicamentos tais como haloperidol, biperideno, desses me lembro facilmente. Uma história recheada de histórias de pés de couve que nasciam em sua cabeça, de bombas prestes a explodir... Entre nós duas se deu meu primeiro encontro com a doença mental. Mãe de sete filhos, era deles que recebia o cuidado. Não há registro de internações suas em hospitais psiquiátricos em nenhum momento, e também nunca conheceu um CAPS. Seu cuidado em saúde se resumia em consultas periódicas com psiquiatra “*pra pegar receita*”. Não sabia andar sozinha na rua, a calçada já representava perigo, só saía acompanhada e raramente. Espantava-se com os muitos veículos e pessoas trafegando. “*Olha Josi, você está vendo essas pessoas, elas vieram para me ver*”, ela dizia. “*Sim, a senhora é muito importante*”, eu respondia. O cuidado fora transferido para a família que cotidianamente buscava sustentar práticas de cuidado sensíveis, não institucionalizadas, antimanicomial.

O grande desafio de transformação de nossas práticas não é apenas mudar o lugar, ou mudar de lugar. Mais que achar o lugar é familiarizar-se com os deslocamentos, as mudanças de posição. Produzir variação nos pontos de vista.

Por que viajamos?

Pra ver o sol nascer de outro ponto.

Pra produzir variação.

Mudar a paisagem.

Mudar o ponto.

Mudar o ponto do ponto de vista.

Mudar o ponto de lugar.

Mudar de lugar⁴⁷.

No grupo GAM com familiares que acompanhamos, as mudanças de ponto de vista, de lugar aparecem como os desafios do trabalho coletivo, situados no próprio reposicionamento da experiência da saúde mental onde o grupo se situa (um grupo de familiares de crianças que mantem relações diversas com psicofármacos, em um CAPS infantil na cidade de Vitória).

A sobrecarga que na literatura comparece em alguns pontos vinculada à própria reforma necessita de ser reposicionada tanto quanto na experiência dos próprios familiares. Analisamos que a sobrecarga emerge como um ponto crítico vinculado à reforma quando se entende a desinstitucionalização do cuidado como redistribuição da carga/peso/fardo e, nesse viés, não há reposicionamento da experiência do cuidado.

Quando desmontamos a lógica da sobrecarga no grupo buscamos produzir deslocamentos nas noções instituídas de cuidado e também de rede de apoio, pois na lógica da sobrecarga o peso passa a ser redistribuído em rede e, por isso,

⁴⁷ Diário de campo, 24/02/2016.

cuidar se torna mais leve. Nesse viés, parte-se do ideal de uma rede de apoio pronta, que age como suporte para quem carrega o peso de cuidar sozinho: Só podemos diminuir a sobrecarga familiar intervindo diretamente na distribuição das responsabilidades, o “peso da responsabilidade” de cuidar só se dilui correponsabilizando. Seria como dizer que quando o ‘peso’ é carregado junto com mais atores não há sobrecarga, mas há ainda assim uma carga, há um peso. O peso, o fardo, continua sempre. Nessa lógica, o peso é o outro.

Analisamos que redistribuir o peso é diferente de redistribuir o cuidado, ou seja, quando se afirma que o peso está sendo distribuído em rede ainda se permanece na objetificação do cuidado.

Diante disso, o que fazer? A GAM nos dá pistas que indicam qual o norte do cuidado. A Reforma Psiquiátrica também já nos deu algumas pistas de como cuidar. Redistribuir o cuidado ultrapassa a lógica de distribuição como divisão. Coletivizar o cuidado é da ordem do que se inventa junto, que não é imposto por cima, é sair do peso dos modelos ideais. Como ultrapassar a experiência da criança sentida tantas vezes como fardo? Como ultrapassar o sofrimento gerado pela sensação de sobrecarga? Como construir uma rede de apoio que não funcione redistribuindo pesos, mas reposicionando a própria experiência do cuidado? O que se coloca como problemático nessa relação de cuidado? Apostamos no desmanchamento de lugares demarcados, no deslocamento dos pontos de vista proprietários, na análise coletiva, na autonomia e cogestão, nas práticas de liberdade como efeito de um cuidado que se produz no ato de cuidar.

4. CUIDADO E NORMATIVIDADE

4.1. Mapear

A problemática da sobrecarga familiar imersa no contexto dos movimentos do grupo familiares GAM no CAPSi foi se constituindo não só como um problema, mas como um caminho para pensar as práticas de cuidado. Foi preciso fazer um giro no pensamento, produzir uma virada, que diz de um processo de análise que inclui o próprio pesquisador. Como temos cuidado? O que estamos fazendo de nós mesmos?

Fomos inicialmente mapeando juntos os elementos naturalizados – modelos de família, de saúde, de criança, de cuidado – e, ao mesmo tempo, problematizando-os: De que sobrecarga estamos falando? Que formas família/criança/cuidado ela alimenta? Como esse modo de cuidado comparece no grupo?

Percebemos que a sobrecarga emerge substancializada, justificada por ideais de normalidade e ancorada no lugar instituído do feminino e da mulher na tradição do cuidado, no cuidado objetificado e nas práticas de tutela, produzindo grande sofrimento. Dito de outro modo, a sobrecarga não era produzida só pelas mães, não se tratando de uma produção individual, mas era também produzida por uma rede fragilizada pela exigência do laudo, pela relação hierárquico-autoritária com o médico, pelo encontro desconfiado com a escola, pela fragilização dos laços comunitários, pelas práticas normalizadoras, adaptadoras e tutelares, medicalizantes e culpabilizantes, práticas que geram solidão e cansaço. Como a sobrecarga é produzida? Como articular estes elementos? Colocando a sobrecarga e suas engrenagens em análise.

Entendemos que a sobrecarga se constroi quando o cuidado é feito de maneira solitária, não dialogado, ausente de redes de apoio e, por vezes, centrado em uma relação normalizante com o medicamento. Perspectiva, portanto, de um cuidado objetificado, como ação exercida de alguém sobre outro alguém, e, por isso, problemática. No que tange ao tratamento medicamentoso, a lógica do isolamento é reforçada já em seu processo de produção e comercialização. Como afirma Barros,

O isolamento, portanto, não é acidental. Ele não é um problema individual de um determinado usuário, nem uma falta moral da equipe de saúde. Quando o medicamento chega enfim ao seu destino, ele já produziu o indivíduo ao qual se endereçará: o paciente, constituído como um personagem frágil, isolado e dependente (BARROS, 2015, p.201).

Uma saída possível que surgia no grupo era redistribuir a carga. O cuidado idealizado tem efeitos em sua distribuição e a carga é nele tomada como física e material. Muitas vezes no grupo era colocado que cuidar era como um peso que, se dividido, se tornaria mais leve. Nessa distribuição da carga as mães lançavam mão de todos os recursos possíveis, de um médico a outro, de um serviço a outro, de uma medicação a outra. Mas aos poucos fomos criando um plano coletivo de análise no qual parecia que distribuir, por si só, não garantia um plano comum de cuidado. Trago aqui um trecho da segunda Narrativa GAM para ilustrar essa busca infinda:

Entendemos também que queríamos poder contar mais com algumas pessoas e serviços. Nos serviços de saúde, por exemplo, encontramos muita dificuldade para conseguir os medicamentos e marcar consultas, exames. Os médicos especialistas, então... são os mais difíceis! Neurologista, ixé!! Só tem dois na rede! E tem médico que a gente não “bate”, “não vai com a cara” ou “acha que tem cara de doido”. Outros que a gente gosta muito. O que será que nos faz gostar de alguns profissionais e outros não? Que sutilezas nos fazem confiar em alguns médicos e não em outros? Tipo quando um médico prescreve um medicamento e não sentimos firmeza para dar. Aí procuramos auxílio de outro que nos fala para ‘dar sem medo’. Esta fala cheia de força nos deixa mais tranquilos para tentar.

No grupo, temos compartilhado algumas dessas dificuldades e trocamos experiências de como conseguir o medicamento, estratégias para marcar consulta, informações sobre onde e como pegar o medicamento de graça ou mais barato. Nos ajudamos a encontrar lugares para cuidar da nossa saúde e das crianças, lugares para as crianças fazerem esportes, oficinas, atividades culturais.

Percebíamos que havia uma rede, porém frágil e desconexa em alguns pontos. É que a lógica da redistribuição não colocava em análise o que estava

sendo posto como um peso, uma carga: a criança. E a frase ressoava: “A nossa vida é cuidar deles”, justamente porque eles não se cuidam, não são capazes de se cuidar, ou talvez, porque não se sentia que se podia contar com outros no cuidado.

“Porque né, criança pequenininha vai ter problema, por quê? Quem tem é a mãe, que tem que resolver um monte de coisa, né?!”⁴⁸

De que modo o dispositivo de pesquisa buscou perturbar essas naturalizações? Novamente voltamos à questão: Se temos o cuidado como fio condutor de nossas práticas e a GAM como estratégia de pesquisar e cuidar com o outro, como intervir na descostura dessa relação que liga de modo causal cuidado e sobrecarga? Só mesmo pela via da análise das implicações que a operação desnaturalizadora parece ser possível.

Nas reafirmações narradas em grupo era perceptível um cheiro de sobreimplicação⁴⁹. O dispositivo grupal operava como um “campo comum” da sobrecarga familiar, pois algumas experiências que antes eram vividas de maneira exclusivamente individual, passaram a ser partilhadas e ganhar um sentido comum (BARROS, 2015). Neste grupo as mães vislumbravam um lugar favorável ao acolhimento daquilo que se colocava para elas como sofrimento. Mas como construir no dispositivo grupal esse espaço de acolhimento e, ao mesmo tempo, de problematização da sobreimplicação e da sobrecarga?

⁴⁸ Trecho da memória do grupo GAM do dia 28/08/2014.

⁴⁹ O conceito de sobreimplicação nos auxilia na compreensão do conceito de implicação. A implicação é entendida como a relação que os indivíduos desenvolvem com as instituições, instituições que tomam o indivíduo, o queira ou não. Quando tomados por instituições – sejam elas econômicas, políticas, libidinais – sem pôr essas instituições em análise ficamos impedidos de ver outros elementos que povoam tal relação, podendo ser conduzidos por práticas que recusamos, pois a sobreimplicação nos impossibilita de analisar a implicação. A análise de implicação enquanto trabalho coletivo nos auxilia no exercício de analisar os modos de implicação e quais efeitos as relações com as instituições produzem em nós mesmos (MONCEAU, 2008).

Além de acolher era preciso pôr em análise as instituições e lógicas ali presentes que precisavam se abrir, se desmanchar. Trata-se de pôr essa sobreimplicação em análise, posto que ela reforça o domínio de uma única versão, um modo de lidar com os acontecimentos que sobreveem aos sujeitos. No grupo buscamos proliferar, abrir no encontro (entre os familiares, pesquisadores e profissionais) possibilidades de análise e problematização: “Em geral, as dificuldades surgem quando as experiências se apresentam de forma pessoal demais. O caráter clínico da análise na pesquisa servia justamente para conter os exageros do subjetivismo” (BARROS, 2015, p.97).

O trabalho em grupo se dava pondo em análise os “nós” que engendram a sobreimplicação: o nó de achar que o outro é incapaz de se cuidar e de cuidar do outro, o nó da instituição “criança-problema”, “criança especial”, o nó da “maternidade”, o nó do cuidado pautado no ideal de normalidade.

No processo grupal, portanto, exercitava-se que os problemas que eram vividos individualmente pudessem ser partilhados com o grupo, que, por sua vez, produzia intervenções ativas nas questões que eram colocadas. Intervenções que demandavam um tempo para serem acolhidas, redes complexas que faziam fugir algumas instituições e sentimentos de culpa.

Mas tal sobrecarga não acena apenas como um efeito produzido nos familiares no cuidado das crianças. Acena também para os modos de vida que têm nos tomado de assalto e para quais (sobre)vidas temos produzido. Quais?

Peter P. Pelbart vai nos dizer que “o poder penetrou todas as esferas da existência, e as mobilizou inteiramente, e as pôs para trabalhar” (2006, p. 1). Os poderes expropriaram-nos a criatividade e afetividade, violando, invadindo, colonizando. Esses poderes – ciência, capital, Estado, mídia – agem na minúcia e no detalhe da vida cotidiana; inserem e postulam formas de amar, pensar e também de cuidar. Daí nossa dificuldade em produzir resistências: o poder age sobre a vida, apropriando-se das biopotências de cada sujeito (PELBART, 2006).

Não digo exatamente em substituir, mas completar esse velho direito de soberania – fazer morrer ou deixar viver – com outro direito novo, que não vai apagar o primeiro, mas vai penetrá-lo, perpassá-lo, modificá-lo, e

que vai ser um direito, ou melhor, um poder exatamente inverso: poder de 'fazer' viver e de 'deixar' morrer (FOUCAULT, 2002, p. 287).

Importante que seja pontuado que a Análise Institucional é como uma rede de saberes e práticas que põe em tensionamento o instituído e o instituinte (LOURAU, 1993). O primeiro faz referência ao que está estabelecido, padronizado na sociedade, com caráter de fixidez e cristalização das formas de relação. O instituído encontra-se em constante tensionamento com as chamadas forças instituintes, que carregam consigo o movimento de criação e a capacidade de inventar novas formas de vida.

A Análise Institucional vai procurar abordar essa relação instituinte-instituído com uma leitura dialética, colocando a instituição como lugar de reprodução das contradições sociais. Lourau coloca que o instituído atua com um jogo de forças sempre violento, solidificando, produzindo imobilidade (LOURAU, 1993). Associamos aqui este conceito com a lógica da norma.

Nesta lógica, fazer viver é extrair através de diversos mecanismos de regulamentação e controle o trabalho, a riqueza, o corpo e a vida. Nesta zona intermediária entre vida e morte, o que se produz são sobreviventes: corpos exaustos em demasia (PELBART, 2006).

“O biopoder contemporâneo já não se incumbe de fazer viver, nem de fazer morrer, mas de fazer sobreviver. Ele cria sobreviventes. E produz sobrevida” (PELBART, 2006, p. 2). A partir dessa análise, a noção de sobrecarga se abre como algo que extrai do sujeito a sua biopotência, reduzindo a vida a uma forma, uma identidade, à sua nudez, a uma sobrevida fortemente atravessada pelos processos de consumo, medicalização da vida, culpabilização e massificação.

Seria dizer que corremos todos o risco da sobreimplicação, que ninguém está imune, pois, exaustos demais para visibilizar certas coerções contemporâneas que mantem o domínio da sobrevida e a produção de sobreviventes? O que seria então viver? O que é estar vivo?

Temos experimentado que viver é lutar contra a submissão às normas instituídas. Isso porque a vida é uma atividade normativa e o viver normativo

difere da normalidade. Uma vida que extrapola as normas traz consigo as variações, se permite recriar. É a vida como experiência cotidiana que a todo momento cria um desvio, um atalho, um contorno, uma borda, uma beira.

Se afirmamos que viver é resistir, está vivo aquele que consegue, por vezes, subverter os excessos que o colocam num estado de sobrevida. Importante afirmar que imbricado ao conceito de sobreimplicação está o conceito de implicação. Facilmente associado a engajamento, participação, investimento, motivação, esforço. Como Rodrigues (2007) citando Lourau: “Eu me implico, ele se implica, ele não se implica o bastante”. O que é estar implicado? Com que ‘nós’ estamos implicados quando nos referimos às práticas de cuidado?

Mas vejamos com um pouco de calma que a implicação toma os corpos de assalto, como se não houvesse espaço para desimplicação. Quando pensamos a relação dos familiares-cuidadores por este viés, falar em desimplicação remete a alguns julgamentos, como descuido, descaso, desinteresse, pois assim como a sobreimplicação, a desimplicação refere-se ao movimento de como se conduzir e conduzir o outro (LOURAU, 1993).

Compreendemos que, “estar implicado” fala dos modos de como analisamos nossas práticas de cuidado – e também de pesquisa. Contudo, a implicação sem análise gera a sobreimplicação, nas suas diferentes versões aqui enunciadas como (sobre)carga, (sobre)cuidado, (sobre)vida.

“Implique-se, reimplique-se, porém não analise suas implicações!” (LOURAU *apud* RODRIGUES, 2007). Um conceito que sempre nos auxilia é a análise de implicação ou “análise dos lugares que ocupamos no mundo” (LOURAU, 1993, p. 14). É o cerne de um trabalho que se pretende cogestivo, pois consiste em analisar não somente a relação com o outro, mas em analisar-se a si mesmo nas relações. Quais formas/modelos e forças/potências que circulam nos espaços em que atuamos? O instituído sustenta essas formas/modelos e o instituinte traz, por meio da criação, outros modos de se fazer clínica, outras formas de vida. Sendo assim, a análise de implicação é política - e micropolítica - e o processo analítico envolve produção de subjetividade, pois há invenção de

mundos, que se criam para si e que se criam para os outros (MACHADO, 2008, p. 65).

Resistir, desde sempre e por toda uma vida. Devir ativo, criando para si um corpo que suporta, que se fecha para se abrir e se protege pela fuga aos modelos. Essa é a potência do corpo: a resistência (LAPOUJADE, 2002).

“Eis então o que seria necessário fazer: instalar-se sobre um estrato, experimentar as oportunidades que ele nos oferece, buscar aí um lugar favorável, eventuais momentos de desterritorialização, linhas de fuga possíveis, vivenciá-las, assegurar aqui e ali conjunções de fluxos, experimentar seguimento por segmento dos contínuos de intensidade [...] ir dos estratos ao agenciamento mais profundo em que estamos envolvidos; fazer com que o agenciamento oscile delicadamente, fazê-lo passar do lado do plano de consistência” (DELEUZE, 2012, p.27).

Volver o corpo em sua potência própria: sua afetibilidade. A condição do corpo de afetar-se pela alteridade é o que o transmuta de “corpo blindado” para um “sujeito afetado” (PELBART, 2006).

4.2. Recolocar: a GAM e os exercícios do cuidado

Fomos ao longo da escrita, compondo forças e ampliando nossas análises acerca das práticas de cuidado, com auxílio do intercessor⁵⁰, Michel Foucault (1926-1984).

Aproximando-nos de textos que marcam a obra de Foucault no final da década de 70 e início da 80, percebemos algumas pistas importantes para pensar as questões que atravessaram esta pesquisa. Trazemos como interesse maior acerca deste intercessor o “terceiro momento de sua trajetória intelectual” (MATTAR & RODRIGUES, 2011 p. 15) ou, como coloca Prado Filho (2009, p. 231), “o último Foucault”. Buscamos com ele cultivar análises, sobretudo nos

⁵⁰ Com Deleuze (2013) entendemos que intercessores são essenciais, existem por fabricação, fabulação e variação contínua. “Eu preciso de meus intercessores para me exprimir, e eles jamais se exprimiriam sem mim: sempre se trabalha em vários, mesmo quando isso não se vê” (p. 160).

momentos em que revisita a ética antiga, percebendo nesta um outro modo de relação entre sujeito e verdade.

Inquietava ao nosso intercessor reconstruir uma história da sexualidade, passando pelas condutas e práticas e analisando quais contornos balizaram esta experiência historicamente singular: saberes, poderes, sistemas reguladores (FOUCAULT, 2014). Todavia, neste estudo histórico e crítico – por isso genealógico – um novo trabalho pedia passagem, e Foucault atreveu-se ao descaminho, ao pensar diferente, ao recomeço, ao risco indispensável para continuar trilhando com curiosidade⁵¹ pelo labirinto dos jogos entre sujeito e verdade.

Mas toda a questão é: por que Foucault terá necessidade de outra dimensão, por que será que ele vai descobrir a subjetivação como distinta tanto do saber quanto do poder? (DELEUZE, 2013, p. 126).

A curiosidade em estudar a relação de si para consigo e a constituição de si em uma outra relação com a verdade pulsava enquanto campo problemático foucaultiano (FOUCAULT, 2014). Já de início, no curso de 1982, *A Hermenêutica do Sujeito*, Michel Foucault coloca o problema que pretende apreciar: a análise das práticas suscitadas historicamente entre os elementos sujeito e verdade ou subjetividade e verdade⁵². Toma como ponto de partida a noção de ‘cuidado de si mesmo’, tradução do termo grego *epimeléia heautoû*.

Aos poucos fui refinando minha curiosidade e, assim, aproximei-me das análises e reflexões acerca dos modos de subjetivação na antiguidade. Acostei-me junto à noção do cuidado de si mesmo. Nas suas variações ou, na sua conversão em uma série de fórmulas, podemos nomear este princípio como “ocupar-se consigo mesmo”, “ter cuidados consigo”, “retirar-se em si mesmo”, “recolher-se em si mesmo”, “sentir prazer em si mesmo”, “buscar deleite somente

⁵¹ A curiosidade, para Foucault (2014), seria um motivo suficiente por ele mesmo. Não uma curiosidade qualquer que assimila o que convém conhecer, mas aquela que permite uma separação de si mesmo.

⁵² O polo subjetividade e verdade sempre foi, na realidade, o problema foucaultiano. “Procurei saber como o sujeito humano entrava nos jogos de verdade, tivesses estes a forma de uma ciência ou se referissem a um modelo científico, ou fossem como os encontrados nas instituições ou nas práticas de controle. Este é o tema do meu trabalho” (FOUCAULT, 2004, p. 264).

em si”, “permanecer em companhia de si mesmo”, “ser amigo de si mesmo”, “estar em si como fortaleza”, “cuidar-se” ou “prestar culto a si mesmo”, “respeitar-se”, etc. (FOUCAULT, 2010, p. 13).

O cuidado de si, segundo Foucault (2014), implicava ainda em insistir na atenção para consigo, ampliada vigilância, inquietação com o corpo e a alma, respeitar-se a si mesmo, para além do *status*, da racionalidade e dos prazeres. Uma relação assim, investida em outros modos atencionais e na afirmação de outra atitude necessitaria de ser exercitada, conquistada constantemente. Uma relação que pressupõe exercícios para ser gerada, um cuidado que se põe em ato, em constante movimento.

O cuidado na experiência greco-romana, revisitada por Foucault, tem como eixo central os modos de subjetivação⁵³, ou seja, aponta para os processos de constituição de um sujeito a-natural, não identitário, mas que se constitui – embora que provisoriamente – como sujeito do cuidado.

Por fim, nos últimos livros, é a descoberta de um pensamento como “processo de subjetivação”: é estúpido ver aí um retorno ao sujeito, trata-se da constituição de modos de existência ou, como dizia Nietzsche, a invenção de novas possibilidades de vida (DELEUZE, 2013, p. 124).

Os trabalhos finais de Foucault sugerem linhas que ampliam a análise acerca das práticas de cuidado, ou uma cartografia da ética do cuidado em saúde, como colocado por Barros & Gomes (2010). Essa correlação é pertinente porque nestes estudos Foucault aponta para o cuidado de si como prática de si – ou como o cultivo de exercícios de si, como veremos logo adiante.

Ao trazer este intercessor buscamos resgatar a costura do fio que atravessa este trabalho: o cuidado. Que cuidado? Buscamos também recolocar a questão da sobrecarga familiar: Como outros modos de cuidado possibilitam dissolver sobrecargas?

O cuidado de si é, simultaneamente, cuidado com o outro, afastando-se de um fechamento em si mesmo, numa tentativa de mover-se na

⁵³ “Essa relação consigo, Foucault denomina modo de subjetivação e corresponde à maneira como o sujeito se produz na sua relação com o código” (RODRIGUES & TEDESCO, 2009, p. 79), ou seja, com as normas que atravessam a existência.

coletivização da liberdade, sem subtrair-lhe as chances de escolha (AMADOR, 2007). Cuidado de si que tem o sentido de um voltar-se a si mesmo, não como prática narcísica, uma vez que não guarda relações com um fascínio por si, mas como prática que estabelece uma relação estética e ética consigo mesmo para resistir ao poder que assujeita e normaliza (BARROS & GOMES, 2011, p. 651).

O cuidado de si refere-se a um princípio que envolve movimento permanente, inquietude e despertamento e que se amplia no curso da história sob três aspectos. Em primeiro lugar, uma atitude de cuidado para consigo e para com o mundo, sendo esta atitude um “*êthos* entendido como maneira de ser, de se conduzir – modo de ser e fazer do sujeito, visível para os outros” (MATTAR & RODRIGUES, 2011 p. 15). Em segundo lugar, uma forma de olhar e de atenção a si que afirma a importância de uma produção de conhecimento, de saberes sobre como a feitura de nossos modos de existência. E, em terceiro lugar: as ações-práticas ou exercícios de si, por meio dos quais, segundo Foucault, o sujeito se transforma, se modifica. Acompanhamento que os exercícios podem possibilitar: um “trabalho de si para consigo, elaboração de si para consigo em que se é próprio responsável por um longo labor que é o da ascese (*áskesis*)” (2010, p. 16). “A *epimeleia* implica um labor” (FOUCAULT, 2014, p. 65).

Ao tomar a noção de cuidado de si como elemento de análise, Foucault surpreende, pois no curso da história esta noção foi sendo lançada à margem, limitada e recoberta – sobreposta pelo *gnôthi seautón*, o conhecimento de si – a partir de uma conjuntura de elementos, sejam eles rupturas no pensamento filosófico, científicas, morais, religiosas ou de Estado.

De modo que, é preciso reter o seguinte: sem dúvida, tal como foi formulado, de maneira tão ilustre e notória, gravado na pedra do templo o *gnôthi seautón* não tinha, na origem, o valor que posteriormente lhe conferimos (FOUCAULT, 2010a, p. 5).

Foucault vai descortinando e costurando, como uma análise do presente, o cuidado de si. Para tanto, faz um desenho histórico das experiências éticas em três momentos produzidos na história de uma cultura de si, mas que nesta articulação trabalharemos especificamente com o segundo momento que Foucault considera como “a idade de ouro do cuidado de si”, exatamente porque o exercício de si e ganham relevância.

Foucault lança mão do *Alcibíades*, de Platão, entre outros motivos, por perceber que, neste texto é feita a primeira menção ao cuidado de si na história da filosofia. Logo, se constitui como ponto de partida, um marco. Sócrates e Alcibíades nos deixam pistas de uma relação de cuidado entre as mãos daquele que serve e daquele que é servido. Relação com o outro, relação consigo mesmo, relações de cuidado. O cuidado de si passa sempre pela relação com o outro, tal como um fio que vai sendo conduzido. Conectando-se. Desconectando-se. Reconectando-se. Fiações vitais vão se estabelecendo no curso da existência.

Já no segundo momento, ou momento helenístico-romano, vemos desenrolar aquilo que Foucault denomina de “cultura de si” (FOUCAULT, 2014a, p.56), em que fatores econômicos, políticos, racionais, culturais e éticos vão contribuir para uma ‘generalização’ do cuidado de si, isto é, o imperativo de “ocupar-se consigo mesmo”, anteriormente destinado aos jovens aristocratas que desejavam governar a cidade, vai se constituindo enquanto prática social (FOUCAULT, 2014a).

Por essa expressão é preciso entender que o princípio do cuidado de si adquiriu um alcance bastante geral: [...] ele também tomou a forma de uma atitude, de uma maneira de se comportar, impregnou formas de viver; desenvolveu-se em procedimentos, em práticas e em receitas que eram refletidas, desenvolvidas, aperfeiçoadas e ensinadas; ele constituiu, assim, uma prática social, dando lugar a relações interindividuais, a trocas e comunicações e até mesmo a instituições; ele proporcionou, enfim, um certo modo de conhecimento e a elaboração de um saber (FOUCAULT, 2014a, p.58).

Considerado por muitos como individualismo, desafio intransponível, prática egoísta e de valor negativo, o cuidado de si neste período, além de se diferir, também denunciava as práticas de isolamento e de egoísmo. Foucault vai pontuar que, o cuidado de si é “um princípio válido para todos, todo o tempo e durante toda a vida” (2014a, p. 62) e, ainda, “o cuidado de si – ou os cuidados que se tem com o cuidado que os outros devem ter consigo mesmos – aparece então como uma **intensificação das relações sociais**” (FOUCAULT, 2014a, p. 69, grifos nossos).

A cultura de si situa-se entre a intensidade do *epimeléia heautoû* da experiência grega antiga e a reatividade da experiência cristã-moderna. Nesta última experiência, a relação entre cuidado de si mesmo e conhecimento de si

mesmo passa por uma inversão, “passando a ser o conhecimento de si a condição para o trabalho que se realiza sobre si mesmo; nesse movimento, interiorizam-se as relações de sujeito com a verdade” (PRADO FILHO, 2009, p. 236).

Ainda segundo Prado Filho (2009), há uma interiorização e negação de si mesmo que passa pelas tensões geradas pela repressão cristã e pelas tecnologias confessionais. São produções científicas, biomédicas, religiosas, morais de sujeitos, de normas, de identidades e de corpos etiquetados.

A história, segundo Foucault, nos cerca e nos delimita; não diz o que somos, mas aquilo que estamos em vias de diferir; não estabelece nossa identidade, mas a dissipa em proveito do outro que somos. [...] E mesmo quando considera, em seus últimos livros, uma série de longa duração, desde os gregos e cristãos, é para desconstruir no que é que não somos gregos e cristãos, e nos tornamos outra coisa. Em suma, a história é o que nos separa de nós mesmos, e o que devemos transpor a atravessar para nos pensarmos a nós mesmos (FOUCAULT, 2013, p. 123).

Sabendo que a modernidade não é apenas herança de um passado grego, romano ou cristão, mas uma bricolagem destes momentos (PRADO FILHO, 2009), quais as divergências produzidas entre o cuidado de si no período antigo e no período contemporâneo? Como tem se dado a relação com as normas? Quais linhas de fuga podem fazer fugir modos assujeitados de vida e de cuidado? Qual a estética que se encarna na existência? De que modo esse “retorno⁵⁴” à antiguidade pode fazer parte de nossa equipagem?

Acenamos para a potência do como enquanto prática social e como exercício ético de liberdade. Eis a passagem necessária: conseguir compor outras formas de cuidado e, com isso, compor outros modos de vida; voltar-se à possibilidade de uma ética do cuidado menos instituída, pedagogizada, medicalizada, psiquiatrizada e mais autoconstituída (autonomia), normativa, engendrada na coletividade (cogestão).

⁵⁴ Deleuze (2013) vai afirmar que não houve retorno aos gregos, assim como também não houve um retorno ao sujeito em Foucault. O “si” ou o sujeito empregado por Foucault trata-se de uma relação de forças consigo e com outras forças, trata-se de constituição de modos de existência, possibilidades de vida, a isso ele nomeou modos de subjetivação.

Algo que Foucault (2014) já nos alertava: as redes sociais ou redes de amizades são grandes suportes na prática de si, pois o cuidado vai sendo produzido no cotidiano da vida dos familiares e das crianças. Foucault nos fornecia pistas de como pode ser possível compor uma rede de cuidado ou uma rede de solidariedade. Falamos, então, de um cuidado em ato, que não é imperativo apenas em situações de crise e de esgotamento, mas que está presente no dia a dia.

Um cuidado “que nos coloque nos limites das relações de poder, uma proposta ética que recusa e não permite que tais relações se desequilibrem, tornando-as domínio” (BARROS & GOMES, 2011, p. 642). O cuidado que passa pela coanálise, pela cogestão, pelo questionamento de si e do outro como sujeitos identitários, por sustentar práticas de cultivo de outros modos de se pôr em relação com o outro, práticas críticas, práticas de inservidão voluntária.

O cuidado como exercício de si que na experiência cotidiana vivida no CAPSi, o que inclui não apenas os encontros do grupo GAM, mas os diversos encontros que ali se deram (assembléias, reuniões, festas, conversas na sala de espera) buscou cultivar a disponibilidade ao outro, e uma abertura aos afetos que nos flechavam. E esse afeto chegava desavisado, principalmente quando os remetentes eram as crianças: era um abraço, um beijo, um grito ou um soco, um carinho no cabelo.

Como possibilitar a emergência de um campo de afetamento entre profissionais, pesquisadores, crianças e familiares? Como produzir arranjos coletivos que operem na criação de outros modos de subjetivação, outra relação com a doença mental?

No Grupo GAM, buscamos facilitar que este exercício ético ganhe espaço, no compartilhar na roda, produzindo deslocamentos nos pontos de vista dos familiares, profissionais e também dos pesquisadores. Seguimos criando condições para desestabilização dos códigos e subjetivações, criando uma relação outra com os códigos, elaborando normatividades para o viver.

Sobretudo, buscamos sustentar que o grupo pudesse comparecer como um lugar favorável para a experiência de reposicionamento, o que implica em estar disponível para acolher em movimentos de abertura e fechamento, ou seja, tanto nos momentos em que as molaridades falam mais alto, forjando identidades, quanto nas sutis possibilidades de recolocar a questão. Os grupos se produzem em duplo funcionamento: ora disparando movimentos instituintes, deslocando pontos de vista, ora reproduzindo normas, dicotomias, em movimentos que obstruem a análise e produzem sofrimento. Muitas vezes a proposta do grupo é instituinte, mas o grupo opera pelos instituídos. Como habitar esse duplo movimento no dispositivo grupal para além dos binarismos?

Desde os primeiros encontros do grupo GAM a temática do cuidado comparecia com muita força: as familiares cuidadoras chegaram ao grupo com a questão que exponho aqui novamente: *“Eles estão lá dentro cuidando das crianças, e nós⁵⁵?”*. A partir disso, nossa ocupação seria cuidar do familiar? Esta seria a “função” do grupo GAM?

Sabemos que, participar de um grupo por si só, não assegura o deslocamento de pontos de vista. É preciso cultivar, exercitar renovadamente o cuidado, pois não cuidamos do familiar, mas de alguns movimentos que geram condições do cuidado, da autonomia, da cogestão, da confiança, do acolhimento, da rede de apoio. Cuidamos de colocar problemas, interrogar, rachar desnaturalizações. O grupo tinha como exercício sustentar a inquietude: O que é feito, perturbado, recolocado no grupo? Como experimentamos o cuidado? O Grupo GAM como convite ao cuidado:

Conhecido no CAPSi como Grupo GAM, este grupo é uma proposta do nosso grupo de pesquisa querendo pensar a experiência com uso de medicamento – psicotrópicos e psiquiátricos –, como é isso? Nós, na UFES (e mais gente de outros lugares) começamos a nos incomodar com essa falta de espaço para pensar e conversar sobre os medicamentos. Incômodo também com a falta de espaço para a experiência do familiar comparecer, inclusive nas decisões sobre o

^{55 55} Uma pergunta que colocava em questão no serviço a ausência ou fragilidade do trabalho com os familiares.

medicamento – quando tomar, o que tomar, por que tomar, o que acontece quando ele toma, ou quando não toma. Fazendo de uma forma mais compartilhada. O guia GAM foi apresentado, “livro das meninas”, e minimamente a história da Canadá é comentada. Pra falar do medicamento, não adianta falar só do medicamento. É o medicamento na vida da pessoa. E como é essa vida das crianças, dos familiares? Como é a vida nos espaços em que mora, convive, na escola? Como é a rede de apoio, com quem ela pode contar? O medicamento é um ponto dentro desse contexto. A gente tem uma questão que é: como é essa experiência de tá acompanhando alguém que toma medicamento psicotrópico? Como que é a experiência do familiar que tá lidando com isso? Como é também pra criança viver com isso? E nossa ideia, por isso, é não fazer o grupo apenas com familiar, mas também com o profissional – ótimo seria se o prescritor pudesse estar sempre. A ideia é começar nesse espaço a construir uma decisão sobre o medicamento um pouco mais partilhada, um pouco mais junto. Não é só o médico que decide, não sou só eu que decido sozinha. Queremos criar esse conhecimento junto sobre o uso de medicamentos, o que produz, quais dificuldades, quais efeitos? Como a gente vive isso enquanto profissional que atua na saúde mental? O que temos pra contar dessa experiência? Como podemos contribuir?⁵⁶

Buscamos afirmar que o coletivo grupal é um espaço potente para construção do cuidado normativo na experiência cotidiana. O grupo GAM em sua formulação no CAPS de Vitória buscou operar como um espaço de acolhimento das experiências dos participantes, acreditando que o compartilhamento e a troca, manejados em grupo, ampliam a capacidade de análise de si e do outro.

Trabalhar com atividades que sejam capazes de fazer movimentos instituintes na vida dos familiares. Sair do lugar daquilo que é instituído, a culpabilização, a vergonha, a sensação de fracasso, o cotidiano árduo, e trazer algo novo, que produza novos ares para tais pessoas, uma outra forma de se organizar diante dessa realidade (PIMENTA, 2008, p.100).

⁵⁶ Trecho da memória do grupo GAM do dia 23/10/2014. Nesse momento apresentava-se a proposta do grupo para algumas mães que estavam conosco pela primeira vez.

Foi possível perceber alguns desdobramentos durante a participação dos encontros e a posterior inclinação sobre as memórias. No início do guia GAM nos debruçávamos sobre a seguinte questão: “Como você cuida de si mesmo?”. Em um primeiro momento no grupo, o tema do cuidado explícito nesta pergunta remetera os participantes aos cuidados com aparência, higiene, alimentação. Num outro momento, fez-se referência à independência da própria pessoa e aos cuidados de/em saúde.

Cuidar desde o primeiro encontro se mostrava como um verbo muito amplo. Houve um encontro em que uma das mães relata a conversa que ela teve com seu filho e ela enumera quais foram as formas de cuidado que ela já havia lançado mão: amor, carinho, palavras, remédio e a vara.

Dei tudo que você precisava. Agora você toma conta de você. [...] Se não aprender vai apanhar na rua. Ou de bandido ou de polícia. Tudo o que você aprendeu do jeito que eu te ensinei, você pratique agora⁵⁷

Tendo na roda tais concepções sobre o cuidado, buscamos conjugar problematizações: O que mais conseguimos pensar quando falamos em cuidado ou em práticas de cuidado? Quais são os verbos do cuidado? Quando a gente sente que está sendo cuidado e quando se sente cuidando? Será que a criança também (se) cuida? O que é cuidar? Quais são as redes de cuidado com as quais se está conectado? Como construir um cuidado com o lócus da clínica ampliada? Como fazer do Grupo Gam um lugar favorável para que um plano coletivo de cuidado seja efetivado? Através de quais exercícios o cuidado se constitui? E mais, como fazer do grupo um espaço de cuidado? Caminhamos por toda essa pesquisa com essas inquietações no alforje. Como temos tecido as relações de cuidado em grupo e, a partir destas, provocado deslocamentos, equívocos, reposicionamentos? Modo de pesquisar que bebe das fontes de uma pesquisa que não se quer ‘sobre’, mas que se quer ‘com’.

⁵⁷ Trecho da memória do grupo GAM do dia 18/09/2016.

4.3. Escutar, confiar, apoiar: verbos do cuidado

*No grupo, falamos que autonomia não é independência. Mas como construir momentos possíveis nos quais a função do cuidado circule em uma rede mais distribuída e alargada, incluindo nela a própria criança que cuida de si e do outro também? Será que esse Grupo GAM é um espaço de acolhimento, de criação de confiança, de criação junta? O que produzimos até agora? O que podemos produzir?*⁵⁸

Em alguns encontros grupais foi possível complexificarmos a questão da sobrecarga, pôr a sobreimplicação em questão. Isso demandou pôr também em análise a lógica da redistribuição. Desmontar a ancoragem da sobrecarga para deslocar a questão do cuidado: Como cuidar vai se tornando um fardo? Que fardo é esse? Seria a criança? O cuidado? Os outros? Como incluir, por exemplo, a criança no cuidado? Como produzir autonomia?

Experimentado como fardo, o cuidado resta difícil de ser distribuído, posto que é a vida que fica pesada, aprisionada na teia de uma série de discursos modelizadores sobre como se deve ser mãe, ser filho, sobre como cuidar. Distribuir, de fato, em uma outra lógica que não a da sobrecarga e da tutela, implica já um outro modo de cuidado, Nesta outra modalidade de cuidar a distribuição é basal, é uma questão de base, pois não há cuidado senão distribuído em uma rede de relações. A distribuição fala da condição implicada no próprio cuidado, que é o de que cuidamos de nós para cuidar dos outros, cuidados dos outros como efeito do cuidado que realizamos em nossas relações. Cuidamos das relações, que por sua vez, fala das redes nas quais nos constituímos, Assim se distribui- a possibilidade de cada um ter um lugar no cuidado, inclusive a própria criança.

Quem acompanha a criança tem que observar pra levar isso (para o médico). A gente tem que analisar a dosagem. Meu filho tem 13 anos e vem os problemas da puberdade, os hormônios que também vão mudando o comportamento. E aí?

⁵⁸ Trecho da primeira Narrativa GAM .

Como saber o que é o quê? Ele me pediu para aumentar os remédios: "Mãe, me dá um remédio mais forte. Eu tô precisando mãe. Você não vê que eu tô precisando?" Eu busco transmitir pra ele que a dosagem está correta e que ele também precisa se controlar. Divido a responsabilidade com ele. Você precisa aprender a conviver com as coisas, todo mundo passa por isso, aborrecimento, etc.

Numa outra cena foi possível manejar, reposicionando ao criar perguntas. Nós conversávamos com o guia e a próxima pergunta era: "O que você gostaria de mudar em sua rotina?".

Katia pergunta: "É pra mim mesma?" muitos risos tomam conta do grupo. "Eu acho que a água [o banho] ele não gostaria na rotina dele. É o que eu vejo que ele não suporta." "E a escola entraria?", perguntamos. "Não, hoje não", assegura Katia. "E os medicamentos?", perguntamos. "Eu ainda não fiz essa pergunta pra ele" ⁵⁹.

A sutileza de uma pergunta que indica a importância de ouvir o que o outro também tem a dizer sobre si. Essas fendas abertas no dispositivo grupal nos apontam índices do que se experimenta também como exercício do cuidado atualizado no grupo GAM com familiares: Não é somente um sujeito exercendo cuidado sobre outro (objetificador, normalizador, adaptador), mas também a experimentação de um *cuidado imanente*, que se dá num plano relacional sempre recriado, coemergente.

Para além de uma ideia transcendente, em que se luta para atingir um objetivo, propõe-se uma noção de cuidado que recusa os binarismos ou dualismos que opõem cuidado a descuidado, ou a ausência de cuidado, e opta-se por tomá-lo a partir da noção de devir. Devir, não no sentido de busca de um ideal – o que manteria a discussão numa dimensão transcendente – mas como um acontecimento que se dá no decorrer do seu próprio processo. O cuidado se produz no próprio ato de cuidar, ele não é antecipável, ele é coemergente às relações que se estabelecem e avaliado por seus efeitos, pela potência que produz naqueles que o compartilham (BARROS & GOMES, 2008, p. 3).

A experiência grupal norteadada pela estratégia GAM, no grupo de familiares no CAPSi foi, encontro após encontro, sustentando que o coletivo grupal é um

⁵⁹ Trecho da memória do grupo GAM do dia 11/09/2014

espaço potente para construção de um *cuidado imanente*. Assim caracterizado por sua atitude desviante das normas que limitam a vida, e a primeira condição que parece ter sido exercitada no grupo para a experimentação de outros modos de cuidar é o verbo escutar.

Quando as mães, como na cena anteriormente colocada, respondiam às perguntas do guia, muitas vezes elas falavam referindo-se às crianças e a elas mesmas, numa composição que nos indicava que o sofrimento não era algo localizado no usuário. Como cuidar no grupo de um exercício de escuta? Que movimentos grupais acolham essa disposição? Cuidar não é apenas ouvir, mas acolher, “dar tempo” aos enunciados. É preciso treino e cultivo.

Às vezes escutava-se em silêncio, e outras o próprio silêncio, escuta atenta, cuidadosa. E o grupo GAM se fortalecia como um espaço de exercício de escuta e um espaço de conversa. O filho de Joana (aquele que havia pedido para que sua medicação fosse aumentada) pouco tempo depois disse à sua mãe que não precisava mais tomar remédio, que não sabia o porquê de estar tomando esses medicamentos, já que estava se controlando. Mas, ao mesmo tempo, pediu para tomar o remédio igual ao do pai, Rivotril. Como escutamos isso? Existem dois extremos nessa escuta: ou se ignora, deslegitimando, desconsiderando, ou se retira o medicamento, simplesmente. Como perturbar esses dois extremos? É o desafio da escuta que não debela o assunto, mas que alonga a conversa, com mais vozes, por outros espaços.

Garantia do direito à voz, de uma escuta com qualidade, da cogestão e dos encaminhamentos. Bem, isso não é dado, não é simples. É uma construção⁶⁰.

Heckert (2007) suscita algumas questões acerca da escuta como prática de cuidado. O que significa escutar com cuidado? É possível que essa prática possa ser aprendida? O que se passa na escuta? Segundo a autora, a escuta como uma prática de cuidado não pode ser ensinada, transmitida como um

⁶⁰ Trecho da memória do grupo GAM do dia 18/06/2015.

conteúdo, pois escapa aos tecnicismos, àquilo que ela cita como uma *escuta surda*⁶¹. A escuta como uma prática de cuidado implica experimentação.

Com essa discussão queremos apontar que somente é possível pensar numa escuta como experimentação, como reinvenção de si e do mundo, se colocamos em análise os processos de formação em que os modos de escuta são engendrados. O que é escutado e como se escuta está atravessado por um campo de práticas sempre em movimento entre formas e forças (HECKERT, 2007).

A escuta como experimentação evidencia uma outra condição que comparece como importante ao exercício do cuidado: a confiança. Confiar é também arriscar, pois quando confiamos estamos afirmando outros modos de viver, afirmando a diferença (ROLNIK, 1994).

Dispúnhamos de alguns indicativos de que o grupo GAM se fortalecia pela construção de uma escuta atenta e pela construção de confiança. Já dispúnhamos de algumas das pistas que se colocaram como direções da fabricação de um *cuidado imanente*.

A confiança no grupo ativava afetos, sensibilidades e intensidades que nos atravessavam e que foram fundamentais para que um plano comum fosse traçado. Esse era o exercício do grupo, contrapor-se à sobrecarga com o cultivo de um cuidado mútuo pelo qual as experiências vividas de forma individual, exclusivamente pessoal, fossem partilhadas sem serem julgadas.

Afinal, em cartografia, esse é o papel da análise, fabricar composições, criar conexões com os problemas, traçar um plano comum (BARROS, 2015). Na roda eram trazidas experiências de como cuidar como uma experiência de isolamento e solidão⁶².

⁶¹ Uma escuta surda se constitui quando no lugar de indagar as evidências que nos constituem como sujeitos, nos deixamos conduzir por estas, reificando-as. [...] Neste sentido, a escuta acaba sendo reduzida a um ato protocolar, a uma técnica de coleta de evidências, de sinais, ou ainda, a um jogo interpretativo. A escuta surda produz como efeito a tutela e a culpabilização dos sujeitos, uma vez que fala por, fala de, em nome de, no lugar de falar com o outro (HECKERT, 2007, p. 7).

⁶² O sentimento de solidão trazido pelas mães no grupo apontava também para os momentos em que o grupo “se esvaziava”. Em alguns encontros já “bancamos” de realizar o grupo GAM mesmo sem a presença de profissional do CAPSi, mesmo com apenas uma mãe. Ficava para elas e para

A sobrecarga aponta para a experiência de solidão como uma expressão do cuidado: a expressão do isolamento, distanciamento das relações afetivas, exclusão. Acaba tornando-se normal e comum que os familiares cuidem de seus parentes usuários de maneira solitária, aproximando-se do abandono e esquecimento dos demais familiares e distanciamento e incompreensão da sociedade (BARROS, 2015).

Barros (2015) coloca que muitas dessas experiências de isolamento, solidão e culpa narradas nos GIF's advém de uma relação vivenciada de maneira rígida com os códigos e normas, com o rótulo, a discriminação. Relações que nos atravessam não como produção dos próprios sujeitos simplesmente, mas uma produção social que tem como engrenagens os diagnósticos, o próprio medicamento e suas regras de normalidade. Distribuir o cuidado era algo difícil para essas mães, justamente porque, para compartilhar o cuidado e tecer uma rede de apoio, a confiança era uma condição.

Ressaltamos a importância da rede de apoio, pois sem apoio, as atividades básicas da vida cotidiana (trabalho, escola, cuidados pessoais, alimentação, etc) vão se impossibilitando⁶³ (PIMENTA, 2008). Uma experiência partilhada entre quase todas as familiares participantes do grupo era a de um permanente estado de vigilância e disponibilidade exigido pela escola. Muitas vezes, a criança era deixada na escola às sete da manhã e enquanto ainda retornava para casa a escola ligava dizendo que o familiar precisaria voltar para buscar a criança. Algumas escolas pactuavam explicitamente esta condição: para a criança estar na escola é preciso que o familiar esteja disponível durante o período escolar para qualquer tipo de intercorrência: *“a gente não pode nem sair de casa, nem desligar o celular, nem fazer qualquer outra coisa porque a escola pode ligar e a gente*

nós esse sentimento de solidão, de estarmos “cuidando do grupo sozinhos”. Estávamos sempre reconvidando, reconvocando, repactuando junto com as mães e o serviço.

⁶³ Lembro-me de quando Karol morava conosco e sempre que eu me deslocava para Vitória, deixava minha irmã, que também é tia, e minha mãe, que é avó materna, na (co)responsabilidade de cuidar da pequena. Mesmo deixando um arsenal preparado, que incluía diversas possibilidades que atravessam o cuidado de uma criança (de bonecas a agasalhos) o telefone não parava. E nesses momentos eu dizia: *“Eu não estou aí, vocês vão precisar cuidar disso. Eu tô contando com vocês”*.

precisa estar livre para pegar a criança. Como ter um emprego assim? Como cuidar de outras coisas fora de casa?”.

As mães constantemente apontavam a escola como um desses lugares em que não havia uma relação de confiança. Talvez por terem vivenciado algumas experiências de conflito, de ausência de conversa. Em alguns momentos, sentíamos que a escola vivenciava processos semelhantes de um cuidado como experiência isolada. Buscamos com o manejo problematizar a dicotomia que construía vítimas e vilões da história: Como seria colocar perguntas para a escola? O que vocês precisam? Qual apoio? Vocês podem contar com quem? Como será que a escola responderia?

“É que, se a gente não faz essa pergunta, corremos o risco de fazer igual fazem com a gente: vocês que não sabem educar, vocês que não sabem colocar limites.

Parece que toda culpa é do professor, porque ele não sabe. Mas sabemos e ouvimos o quanto os professores também se sentem sozinhos e despreparados, e nesse esgotamento, sem saber o que fazer”⁶⁴.

E acaba por virar um jogo de pingue-pongue, onde se devolve pra escola as mesmas questões: vocês que não dão conta, vocês que não estão preparados, etc. Como conversar com a escola de uma forma que não é só colocando-a contra a parede? Como fazer junto com a escola? É algo que passa pelo exercício e cultivo da confiança.

Um laço de confiança pode ser construído, possibilitando outros relatos e experiências na escola. COM-FIAR é condição para cuidar⁶⁵.

Uma mãe participante do grupo levava seu filho na escola e ficava com ele nesta durante todo o período de aula. Seus argumentos traziam sempre uma franca desconfiança nos sujeitos dos quais se cuidava e na escola como agente de cuidado:

⁶⁴ Trecho da memória do grupo GAM do dia 23/10/2014.

⁶⁵ Narrativa GAM I.

Na escola eu me preocupo dele não bater em ninguém, nem apanhar de ninguém. Não quero vê-lo machucado, nem quero que ele machuque ninguém. Por isso eu fico na escola, porque ele é terrível⁶⁶.

Eu vou brigar, brigar, brigar até onde der! Quando não der mais eu prefiro que fique em casa do que vá para a escola se eu achar que não tá bom! Não tem como confiar, infelizmente não tem⁶⁷.

Em narrativas como estas cultivávamos brechas, um outro lado do ponto, que nos permitia reposicionar no grupo, como quando uma das familiares trazia a comparação entre a “antiga escola” e a “atual escola” que seu filho estuda.

Na outra escola eles não sabiam lidar, nessa escola de agora eles tentam tudo! Mudam ele de lugar, leva prá lá, tenta joguinho e agora ele tá conseguindo! Ele tá lendo revistinha da Mônica inteira, coisa que em cinco anos na outra escola ele não conseguiu.

Em um encontro do grupo GAM⁶⁸ ela nos conta do interesse de um professor de português em cuidar. Este professor diz à mãe que em sua aula não precisaria de estagiário, pois ele se responsabilizaria pela criança. Inclusive ela (a mãe), também não precisaria estar ali nestes momentos. Viva! Produziu-se um deslocamento [na relação!].

Uma relação de cuidado que escapou aos especialismos e que ampliou a rede de apoio, pois essa criança que antes só tinha como se apoiar na mãe, passa agora a ter mais atores em sua rede de apoio, o que por sua vez implica a ampliação da rede de relações. E aí se mostra a importância de uma rede de apoio, não somente mais ampla, mas mais distribuída em solidariedade, pois nela a criança, a mãe, o professor, se experimentam de novos jeitos. Surgem mudanças, efeitos efetivos do cuidado.

⁶⁶ Trecho da memória do grupo GAM do dia 23/10/2014.

⁶⁷ Trecho da memória do grupo GAM do dia 06/10/2014.

⁶⁸ Grupo GAM do dia 12/03/2015.

No grupo, portanto, empenhávamos-nos em fortificar o que aqui chamamos de condições, como exercícios, que fortalecem o cuidado, mas que são dele também um efeito: cuida-se de experimentar e sustentar escuta, confiança e apoio, imbricadamente, um exercício dando contorno ao outro, e outros tantos. Essa noção de cuidado como um exercício ético que buscamos sustentar:

[...] ética que não é criar formas de sujeito que correspondam ao que é esperado, ao que está dado, aos apelos midiáticos de homem bem inserido no mundo da produção e do consumo. Trata-se de ampliar o exercício da inconformação, da invenção, ativar coeficientes de resistência frente à servidão, ao descaso pelo pensar. Cuidado praticado como acolhimento incondicional à vida, à diferença, à singularidade radical. Essa escuta é da ordem dos afetos e não somente do saber, da razão, do conhecimento. É poder ser afetado pelo encontro (DIMENSTEIN, 2007, p. 43).

A GAM entra na cena como um dispositivo de intervenção, que visa transformação de práticas isoladas, normalizadoras, instituídas em práticas coletivas, e que se dedica a inventar e articular um *cuidado imanente*, normativo e que constitui para si regras facultativas, éticas e estéticas que se constituem em meio a possibilidades de vida, modos outros de existência (DELEUZE, 2013).

Deste modo, recoloca-se também para as participantes outras experiências em relação ao cuidado, outros modos de senti-lo e nele investir. O que reposicionava também a relação com o serviço, não mais como aquele que deve “cuidar do familiar”, assim os serviços podem sair da posição de fornecedores e os familiares-cuidadores da posição de consumidores (ROSA, 2005).

Sabemos que, cada serviço vai se organizar na atribuição deste cuidado de uma maneira específica e situada, mas é fundamental e trabalha-se em função de que as práticas permitam deslocamentos e criação de novos lugares para essa relação: as fronteiras entre quem precisa de cuidado e quem cuida vão se tornando mais flexíveis, mais transitáveis, menos dicotomizadas.

Com Merhy (2007) saímos em defesa de um cuidado que se fabrica no cotidiano, que se fabrica micropoliticamente num plano relacional de compartilhamento, esse é o plano do cuidado. Saber operar nesse compartilhamento é a chave para tessitura de uma rede que produz cuidado e produção de saúde.

CONSIDERAÇÕES DE AGORA

Ainda não sei nadar.

Só sei mergulhar.

Não sei calcular quantas braçadas devo dar por minuto.

Não sei saltar na água pelo trampolim de um acrobata.

Mas nela estando, mergulho.

Mergulho até não ter mais fôlego

Faço na minha pele guelras

e fico por ali.

Mergulho até não ter mais fôlego

e ter que voltar.⁶⁹

Querido(a) leitor, durante todo o processo de escrita buscamos que esta dissertação consistisse em um convite ao cuidado. Perceba que, o que nos convoca nesta escrita é pensar “Como temos vivido?”, “Quais modos de vida tem nos atravessado?” “Como temos portado as mudanças de paisagem?”.

Mergulhamos com o corpo despido na experiência grupal a fim de experimentar outros modos de se constituir coletivamente, de estar junto e se fazer grupo.

Mergulhamos com todas nossas incertezas, portando nossas inseguranças de estar num território novo, com um turbilhão de encontros acontecendo na vida, na universidade, na pesquisa.

⁶⁹ Diário de campo 05/08/2015.

Mergulhamos, cartografando uma ilha e fazendo dela mar aberto.

Mergulhamos, aparelhados com um livrinho (guia GAM) em mãos que dispararia movimentos sobre os quais não se possuía controle algum.

Mergulhamos para afirmar que o coletivo grupal é um espaço potente para a construção de um cuidado normativo, considerando-se as condições que sustentam e renovam possíveis exercícios do cuidado: a escuta, a confiança e o apoio.

Debaixo D'agua (Amaldo Antunes)⁷⁰

*Debaixo d'água tudo era mais bonito
Mais azul, mais colorido
Só faltava respirar
Mas tinha que respirar*

*Debaixo d'água se formando como um feto
Serenó, confortável, amado, completo
Sem chão, sem teto, sem contato com o ar
Mas tinha que respirar
Todo dia
Todo dia, todo dia
Todo dia
Todo dia, todo dia*

*Debaixo d'água por encanto sem sorriso e sem pranto
Sem lamento e sem saber o quanto
Esse momento poderia durar
Mas tinha que respirar*

⁷⁰ ANTUNES, A. Paradeiro. São Paulo: BMG, 2001.

*Debaixo d'água ficaria para sempre, ficaria contente
Longe de toda gente, para sempre no fundo do mar*

Mas tinha que respirar

Todo dia

Todo dia, todo dia

todo dia

Todo dia, todo dia

*Debaixo d'água, protegido, salvo, fora de perigo
Aliviado, sem perdão e sem pecado
Sem fome, sem frio, sem medo, sem vontade de voltar
Mas tinha que respirar*

Debaixo d'água tudo era mais bonito

Mais azul, mais colorido

Só faltava respirar

Mas tinha que respirar

Todo dia

*Agora que agora é nunca
Agora posso recuar
Agora sinto minha tumba
Agora o peito a retumbar
Agora a última resposta
Agora quartos de hospitais
Agora abrem uma porta
Agora não se chora mais
Agora a chuva evapora
Agora ainda não choveu
Agora tenho mais memória
Agora tenho o que foi meu
Agora passa a paisagem
Agora não me despedi*

*Agora compro uma passagem
Agora ainda estou aqui
Agora sinto muita sede
Agora já é madrugada
Agora diante da parede
Agora falta uma palavra
Agora o vento no cabelo
Agora toda minha roupa
Agora volta pro novelo
Agora a língua em minha boca
Agora meu avô já vive
Agora meu filho nasceu
Agora o filho que não tive
Agora a criança sou eu
Agora sinto um gosto doce
Agora vejo a cor azul
Agora a mão de quem me trouxe
Agora é só meu corpo nu
Agora eu nasço lá de fora
Agora minha mãe é o ar
Agora eu vivo na barriga
Agora eu brigo pra voltar
Agora
Agora
Agora*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGAMBEM, G. O que é um dispositivo? **Outra travessia**, Florianópolis, n. 5, p. 9-16, jan. 2005.

ALVAREZ, J. & PASSOS, E. Cartografar é habitar um território existencial. In: **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Org. Eduardo Passos, Virgínia Kastrup e Liliana da Escóssia. - Porto Alegre: Sulina, 2009. 207 p.

ATHAYDE, M. & BRITO, J. SAÚDE, CADÊ VOCÊ? CADÊ VOCÊ? In: Jussara Brito, Mary Yale Neves e Milton Athayde (Orgs.). **Caderno de textos: programa de formação em saúde, gênero e trabalho nas escolas** – Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2011. 80 p.

BANDEIRA, M. *et al.* Estudo de validade da escala de sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos. In: **J Bras Psiquiatr.** 2008; 57(2):98-104.

BARROS, L. M. R. & BARROS, M. E. B. O problema da análise em pesquisa cartográfica. In: **Fractal**, Rev. Psicol., v. 25 – n. 2, p. 373-390, Maio/Ago. 2013.

BARROS, L. M. R. **A análise em uma pesquisa-intervenção participativa: o caso da gestão autônoma da medicação**. Tese (doutorado) – Universidade Federal Fluminense Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia. Orientador: Prof. Dr. Eduardo Henrique Passos Pereira. 2015, 323 f.

BARROS, L. P & KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Org. Eduardo Passos, Virgínia Kastrup e Liliana da Escóssia. - Porto Alegre: Sulina, 2009. pp. 52-75.

BARROS, M. E. B. & GOMES, R. S. Humanização do cuidado em saúde: de tecnicismos a uma ética do cuidado. In: **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 23 – n. 3, p. 641-658, Set./Dez. 2011.

BARROS, R. B. & PASSOS, E. TRANSVERSALIZAR. In: **PESQUISAR NA DIFERENÇA: UM ABECEDÁRIO**. Org. Tania Mara Galli Fonseca, Maria Livia do Nascimento, Cleci Maraschin. – Porto Alegre: Sulina, 2012. 261 p.

BARROSO S. M. *et al.* Fatores preditores da sobrecarga subjetiva de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. In: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(9):1957-1968, set, 2009.

BARROSO, S.M. *et al.* Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. In: **Rev. Psiq. Clín.** 34 (6); 270-277, 2007.

CALIMAN, L. V & DOMITROVIC, N. Uma análise da dispensa pública do metilfenidato no Brasil: o caso do Espírito Santo. **Physis** (UERJ. Impresso), v. 23, p. 879-902, 2013.

CALIMAN, L. V. & PIROVANI, P. H. A experiência do uso de metilfenidato em adultos diagnosticados com TDAH. **Psicologia em Estudo** (Online), 2014.

CAMPOS, P. H. F. & SOARES, C. B. Representação da sobrecarga familiar e adesão aos serviços alternativos em saúde mental. In: **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 11, n. 18, p. 219-237, dez. 2005

CAMPOS, R. T. O., PASSOS, E., PALOMBINI, A. *et al.* **GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO – Guia de Apoio a Moderadores**. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DP/URGS, 2014. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saude-mental-interfaces>

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 5.ed. rev. aum. Rio de Janeiro: Forense Universitária. (2002).

CAPONI, S. Biopolítica e medicalização dos anormais. In: **Physis[online]**. 2009, vol.19, n.2, pp.529-549. ISSN 1809-4481. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000200016>.

CARVALHO, E. N. & COSTA, S. L. As potências da narrativa. In: LOPES, K. J. M. ; CARVALHO, CARVALHO, E. N. ; MATOS, K. S. A. L. (org.). **Ética e as reverberações do fazer**. – Fortaleza: Edições UFC, 2011. 205p.

CASTAÑEDA, C. **A erva do diabo: experiências indígenas com plantas alucinógenas reveladas por Dom Juan**. 3ª Edição. Tradução de Luzia Machado da Costa. s/ data.

CÉSAR, J. M. ; ZAMBONI, J. . Grupo: Técnica de si ou Artifício da grupalidade. In: III Congresso Capixaba de Formação e Atuação do Psicólogo: Éticas e Cidadanias, 2008, Vitória. **Anais do III Congresso Capixaba de Formação e Atuação do Psicólogo: Éticas e Cidadanias**, 2008.

COUTO, M. C. V. **Política de Saúde Mental para crianças e adolescentes: especificidades e desafios da experiência brasileira (2001-2010)**. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ), 2012. 178 f.

DE OLIVEIRA, R. C. A chegada de crianças e adolescentes para tratamento na rede pública de saúde mental. In: COUTO, M. C. V. & MARTINEZ, R. G. (orgs.). **Saúde Mental e Saúde Pública: questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica**. NUPPSAM/IPUB/UFRJ, Rio de Janeiro, 2007, 160p.

DELEUZE, G. & GUATTARI, F. **Kafka: por uma literatura menor**. Rio de Janeiro: Imago, 1977.

DELEUZE, G. & GUATTARI, F. **Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia, vol. 3**. Tradução de Aurélio Guerra Neto, Ana Lúcia de Oliveira, Lúcia Cláudia Leão e Suely Rolnik. – São Paulo: Editora 34, 2012a (2ª Edição). 144 p. (Coleção TRANS).

DELEUZE, G. & GUATTARI, F. **Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia, vol. 1**. Tradução de Ana Lúcia de Oliveira, Aurélio Guerra Neto e Célia Pinto Costa. – São Paulo: Editora 34, 2011 (2ª Edição). 128 p. (Coleção TRANS).

DELEUZE, G. & GUATTARI, F. **Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia, vol. 4.** Tradução de Suely Rolnik. – São Paulo: Editora 34, 2012 (2ª Edição). 200 p. (Coleção TRANS).

DELEUZE, G. **Conversações.** Tradução de Peter Pál Pelbart. – São Paulo: Editora 34, 2013 (3ª Edição). 240p. (Coleção TRANS)

DELEUZE, G. Que és un dispositivo? In: **Michel Foucault, filósofo.** Barcelona: Gedisa, 1990, pp. 155-161. Tradução de Wanderson Flor do Nascimento.

DIMENSTEIN, M. Micropolítica dos afetos: reinventando a participação e o controle social em saúde. In: ROSA, E. M. et al. (Org.). **Psicologia e saúde: desafios às políticas públicas no Brasil.** Vitória: Edufes, 2007. p. 35-44.

DOMITROVIC, N. **As Práticas Farmacológicas com o Metilfenidato: habitando fronteiras entre o acesso e o excesso.** – 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional). Orientador: Luciana Vieira Caliman. – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.

ESCÓSSIA, L. & TEDESCO, S. O coletivo de forças como plano de experiência cartográfica. In: **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade.** Org. Eduardo Passos, Virgínia Kastrup e Liliana da Escóssia. - Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 92-108

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade.** Ed. Martins Fontes - SP, 2002.

FOUCAULT, M. **Hermenêutica do sujeito.** – 3ª ed. – São Paulo: Editora Martins Fontes, 2010a.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade 2: O uso dos prazeres.** Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque; revisão técnica de José Augusto Guilhon Albuquerque. – 1ª ed – São Paulo, Paz e Terra, 2014.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade 3: O cuidado de si.** Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque; revisão técnica de José Augusto Guilhon Albuquerque. – 1ª ed – São Paulo, Paz e Terra, 2014a.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

FOUCAULT, M. **O Governo de si e dos Outros**: curso no Collège de France (1982-1983). São Paulo: Martins Fontes, 2010b.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.

FOUCAULT, M. O poder, uma besta magnífica. In: FOUCAULT, M. **Repensar a política: Ditos & escritos VI**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010. p. 155-169.

FOUCAULT, M. O que são as luzes? In: FOUCAULT, M. **Ditos e escritos II – arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000. pp. 335-351.

GONÇALVES A. M., SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. In: **Rev. Latino-am Enfermagem**. 2001 março; 9 (2): 48-55.

GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. In: **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.33, n.1, p. 151-161, jan./abr. 2007.

HECKERT, A. L. C. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Org.). In: **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. 1 ed. Rio de Janeiro: ABRASCO/CEPESC, 2007, v. 1, p. 199-212.

HECKERT, A. L. C.; PASSOS, E. Pesquisa-Intervenção como método, a formação como intervenção. In: CARVALHO, S. R.; BARROS, M. E.; FERIGATO, S. **Conexões: Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade**. São Paulo: Hucitec, 2009.

HENZ, A. O. **Estéticas do Esgotamento: extratos de Beckett e Deleuze**. Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia, 2005, 282 f.

KLAFKE, T. E. & SANTIN, G. A FAMÍLIA E O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL. IN: **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 34, jan/jul. 2011.

LAPOUJADE, D. O CORPO QUE NÃO AGUENTA MAIS. In: **Nietzsche e Deleuze: que pode o corpo** / organizadores Daniel Lins e Sylvio Gadelha. – Rio de Janeiro: Relume Dumará; Fortaleza, CE: Secretaria da Cultura e Desporto, 2002. P.81-90.

LOURAU, R. **Análise Institucional e práticas de pesquisa**. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

MACHADO, L. D. O que chamamos clínica? In E. M. Rosa (Org.) **A produção da psicologia social no Espírito Santo: memórias, interfaces e compromissos**. Vitória: UFES/ABRAPSO, 2008. (pp. 59-69).

MATTAR, C. M. & RODRIGUES, H. B. C. O cuidado de si como prática de liberdade: contribuições para a discussão da ética em Foucault. In: LOPES, K. J. M. ; CARVALHO, CARVALHO, E. N.; MATOS, K. S. A. L. (org.). **Ética e as reverberações do fazer**. – Fortaleza: Edições UFC, 2011. 205p.

MELO, J. M. **A política de narratividade entre a pesquisa e a clínica: relato de uma experiência com a Gestão Autônoma da Medicação**. Tese (doutorado) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia. Orientador: Prof. Dr. Eduardo Henrique Passos Pereira 2015, 172 f.

MERHY, E. E. **O ATO DE CUIDAR: a alma dos serviços de saúde?** Professor do DMPS/FCM/UNICAMP, Campinas, maio de 1999.

MONCEAU, G. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. In: **Fractal**, Revista de Psicologia, v. 20 – n. 1, p. 19-26, Jan./Jun. 2008.

MOREIRA, J. de O.; ROMAGNOLI, R. C.; NEVES, E. O. O Surgimento da Clínica Psicológica: Da Prática Curativa aos Dispositivos de Promoção da Saúde. In: **PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO**, 2007, 27 (4), 608-621.

MUCHAIL, S. T. **Foucault, mestre do cuidado: textos sobre hermenêutica do sujeito**. São Paulo: Edições Loyola, 2011.

NEVES, C. A. B. DESEJAR. In: In: **PESQUISAR NA DIFERENÇA: UM ABECEDÁRIO**. Org. Tania Mara Galli Fonseca, Maria Lívia do Nascimento, Cleci Maraschin. – Porto Alegre: Sulina, 2012. pp. 67-70.

ONOCKO CAMPOS, R.T. *et al.* Adaptação Multicêntrica do Guia para a Gestão Autônoma da Medicação. In: **Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Vol.16, Nº 43, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n43/aop4412.pdf>

ONOCKO-CAMPOS, R. T. *et al.* A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. (2013) **Ciência & Saúde Coletiva**. 18(10): 2889-2898 ISSN: 1413-8123

PASSOS, E. & BARROS, R. B. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Org. Eduardo Passos, Virgínia Kastrup e Liliana da Escóssia. - Porto Alegre: Sulina, 2009. pp. 17-31.

PASSOS, E. & BARROS, R. B. Por uma política da Narratividade. In: **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Org. Eduardo Passos, Virgínia Kastrup e Liliana da Escóssia. - Porto Alegre: Sulina, 2009. pp. 150-171

PASSOS, E. & EIRADO, A. Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador. In: **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Org. Eduardo Passos, Virgínia Kastrup e Liliana da Escóssia. - Porto Alegre: Sulina, 2009. pp. 109-130

PASSOS, E. & KASTRUP. Sobre A Validação Da Pesquisa Cartográfica: Acesso À Experiência, Consistência E Produção De Efeitos. . In: **Fractal**. Revista de Psicologia, v. 25 – n. 2. Org. Eduardo Passos, Virgínia Kastrup, Silvia Tedesco. Maio/Ago. 2013. p. 391-413

PEGORARO, R. F. & CALDANA, R. H. de L. SOBRECARGA DE FAMILIARES DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL. In: **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 3, p. 569-577, set./dez. 2006.

PEGORARO, R. F. & CALDANA, R. H. de L. Sofrimento psíquico em familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). In: **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.25, p.295-307, abr./jun. 2008.

PELBART, P. "Vida Nua, vida besta, uma vida". In: **Revista Tropico digital**, <http://p.php.uol.com.br/tropico/html/textos/2792,1.shl>. (2006).

PIMENTA, E. de S. **A relação das famílias no tratamento do portador de transtorno mental realizado no Centro de Atenção Psicossocial: uma perspectiva institucionalista**. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Orientadora: Roberta Carvalho Romagnoli. Belo Horizonte, 2008. 123f.

PRADO FILHO, K. Considerações acerca do cuidado de si mesmo contemporâneo. In: TEDESCO, S & NASCIMENTO, M. L. **Ética e Subjetividade: novos impasses no contemporâneo**. – Porto Alegre: Sulina, 2009. 295 p.

RAMOS, J. F. C. **A autonomia como um problema: uma pesquisa a partir da realização do dispositivo GAM em um CAPS fluminense**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia, 2012. 119 f.

REVEL, J. **Michel Foucault: conceitos essenciais**. Tradução Maria do Rosário Gregolin, Nilton Milanez, Carlo Piovesani. - São Carlos : Claraluz, 2005. 96 p.

RODRIGUES, C. & TEDESCO, S. Por uma perspectiva ética das práticas de cuidado no contemporâneo. In: TEDESCO, S & NASCIMENTO, M. L. **Ética e Subjetividade: novos impasses no contemporâneo**. – Porto Alegre: Sulina, 2009. 295 p.

RODRIGUES, H. B. C.. Sejamos realistas, tentemos o impossível!
Desencaminhando a Psicologia através da Análise Institucional. In A. M. Jacó-

Vilela, A.A.L. Ferreira, & F. Portugal. (Orgs.). **História da Psicologia: rumos e percursos**. Rio de Janeiro, RJ: Nau, 2 ed. (2007). pp.515-563.

RODRIGUES, S. E. **Modulações de sentidos na experiência psicotrópica** – Tese (Doutorado) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia, 2014, 253 f.

ROLNIK, S. **Hal Hartley e a ética da confiança**. 1994. Disponível em: <http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/halhartley.pdf> . Acesso em abril de 2016.

ROMAGNOLI, R. C. **A resistência como invenção: por uma clínica menor**. Vivência (Natal), n.32, p.97-107, 2007.

ROSA, L. C. dos S. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. In: **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 11, n. 18, p. 205-218, dez. 2005.

SANTOS, P. A. C. ; SOUZA, A. V. M. ; SANTOS V. S. **O Conceito de Implicação em Práticas da Análise Institucional Contemporânea**. V Colóquio Internacional “Educação e Contemporaneidade”. São Cristóvão-SE/Brasil. 2011. ISSN 1982-3657.

SAUVAGNARGUES, A. Deleuze, cartografias do estilo: assignificante, intensivo, impessoal. Tradução de Roberto D. S. Nascimento. Revisão técnica de Cíntia Vieira da Silva. In: **Artefilosofia**, Ouro Preto, n.9. p.20-34, out.2010.

SILVA, É. R. da. **Psicologia clínica, um novo espetáculo: dimensões éticas e políticas**. Psicologia: Ciência e Profissão. 2001, 21(4), p. 78-87.

SILVA, M. G. **O cuidado clínico á criança e ao adolescente em sofrimento psíquico no CAPSi – como os profissionais cuidam**. Dissertação (Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde. Orientadora: Profa. Dra. Ana Ruth Macedo Monteiro. Fortaleza, 2009. 77p.

TEDESCO, S. H., SADE, C., CALIMAN, L. V. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. In: **Fractal**. Revista de Psicologia, v. 25 – n. 2. Org. Eduardo Passos, Virgínia Kastrup, Silvia Tedesco. Maio/Ago. 2013. P. 299-322