



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
FACULDADE DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**MARIA ANTONIETA SOARES DIAS**

**ENTRE RIOS, TERRITÓRIOS E ENCONTROS: CARTOGRAFIA DAS  
PRODUÇÕES DE CUIDADO EM ATO NO CAPS-AD DE PARINTINS (AM)**

**MANAUS – AM  
2026**



**MARIA ANTONIETA SOARES DIAS**

**ENTRE RIOS, TERRITÓRIOS E ENCONTROS: CARTOGRAFIA DAS  
PRODUÇÕES DE CUIDADO EM ATO NO CAPS-AD DE PARINTINS (AM)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Psicologia, da Universidade Federal do Amazonas, como requisito para a obtenção do título de Mestra em Psicologia.

Linha de Pesquisa: Processos Psicológicos e Saúde.

Orientador/a: Prof<sup>o</sup> Dr. Breno de Oliveira Ferreira

Coorientador: Prof<sup>o</sup> Dr. Robert Filipe dos Passos

**MANAUS – AM  
2026**

Ficha Catalográfica

Elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

---

D541r      Dias, Maria Antonieta Soares  
Entre rios, territórios e encontros: cartografia das produções de cuidado em ato no CAPS-AD de Parintins (AM) / Maria Antonieta Soares Dias. - 2026.  
128 f. : il., color. ; 31 cm.

Orientador(a): Breno de Oliveira Ferreira.  
Coorientador(a): Robert Filipe dos Passos.  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Amazonas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Manaus, 2026.

1. Saúde Mental . 2. Redução de Danos. 3. Cartografia. 4. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. 5. Território Amazônia.. I. Ferreira, Breno de Oliveira. II. Passos, Robert Filipe dos. III. Universidade Federal do Amazonas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. IV. Título

---

**DIAS, M. A. S. Entre rios, territórios e encontros: cartografia das produções de cuidado em ato no CAPS-AD de Parintins (AM).** 2026. 128 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2026.

Aprovada em 11 de junho de 2026.

### **BANCA EXAMINADORA**

Prof. Dr. Breno de Oliveira Ferreira

Presidente / Orientador – Universidade Federal do Amazonas

Prof. Dr. Robert Filipe dos Passos

Coorientador – Universidade Federal do Amazonas

Profa. Dra. Consuelena Lopes Leitão

Membro titular interno – Universidade Federal do Amazonas

Profa. Dra. Ana Karenina de Melo Arraes Amorim

Membro titular externo – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Profa. Dra. Fabiana Mânica Martins

Suplente interno – Universidade Federal do Amazonas

Profa. Dra. Munique Therense Costa de Moraes Pontes

Suplente externo – Universidade do Estado do Amazonas

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às trabalhadoras da saúde mental, especialmente àquelas que sustentam, no cotidiano dos CAPS, o cuidado em liberdade. Mulheres que, mesmo atravessadas por precariedades, sobrecargas e ausências institucionais, seguem inventando modos de cuidar a partir da escuta, do vínculo e da presença. A vocês, que fazem do encontro um ato político e do cuidado uma prática viva, minha profunda admiração e gratidão.

Aos usuários do Sistema Único de Saúde, que, com suas histórias, dores, resistências e potências, me ensinaram que o cuidado não se reduz a protocolos, mas se constrói nos encontros. Foram vocês que me ensinaram a escutar de verdade, a sustentar o tempo do outro e a reconhecer que toda vida carrega uma dignidade que não pode ser negada. Esta pesquisa só existe porque vocês existem.

Ao território amazônico, que me atravessou, me deslocou e me ensinou outras formas de existir, cuidar e pesquisar. Aos rios, às distâncias, às travessias e aos encontros que me fizeram compreender que o cuidado também se faz em movimento — nas margens, nas ausências e nas invenções do cotidiano.

À minha família, raiz e sustento desta travessia. À minha mãe, por ter me ensinado o valor das palavras, da coragem e da possibilidade de sonhar outros caminhos. À minha avó, que segue presente em cada gesto, me lembrando que cuidar também é criar, sustentar e permanecer. A vocês, que vieram antes de mim e tornaram possível que eu chegasse até aqui, todo o meu amor.

Aos meus amigos, que são porto e correnteza, abrigo e impulso. Com vocês aprendi que ninguém atravessa sozinho: são rede que sustenta, riso que acolhe, presença que insiste mesmo nas distâncias. Nos dias de cheia ou de vazante, são vocês que tornam a travessia possível — e também mais bonita.

Ao meu companheiro e àqueles que caminham ao meu lado, sustentando os dias difíceis e celebrando as pequenas e grandes conquistas. Vocês são o abrigo, o afeto e a força que me movem.

## AGRADECIMENTOS

Esta dissertação não se fez sozinha. Ela é fruto de encontros, de travessias compartilhadas e de muitas mãos que, de diferentes formas, sustentaram este percurso.

Ao meu orientador, Breno de Oliveira Ferreira, pela escuta generosa, pela confiança no processo e por sustentar, com rigor e sensibilidade, uma orientação que respeitou o tempo da pesquisa e da vida. Obrigada por acreditar neste percurso e por permitir que esta cartografia encontrasse sua própria forma de existir.

Ao meu coorientador, Robert Filipe dos Passos, pelas contribuições cuidadosas, pelos deslocamentos provocados e pela presença atenta ao longo deste caminho.

Ao Amazonas, território que me atravessou e me transformou. Aqui aprendi que cuidar, viver e pesquisar exigem deslocamento, escuta e abertura para o imprevisível. À Parintins, por me acolher, me afetar e se tornar mais do que campo de pesquisa — um território de encontros, de aprendizados e de profundas transformações.

Ao CAPS AD III Afrânio Soares, espaço onde me constituo como trabalhadora e onde aprendi, no cotidiano, que o cuidado se faz no encontro, nas brechas e nas invenções possíveis. À equipe, aos usuários e a todos que compõem este serviço, minha gratidão por sustentarem, diariamente, o cuidado em meio às adversidades.

Ao CAPS AD de Parintins, por abrir suas portas e permitir que esta pesquisa acontecesse. Às trabalhadoras, usuários e rede que compõem esse território, por compartilharem suas histórias, seus desafios e suas potências. Esta cartografia é também de vocês.

A todos os espaços que me acolheram ao longo desta caminhada — em Minas Gerais e em Manaus, lugares onde trabalhei, aprendi e me transformei. Em cada serviço, em cada equipe, em cada encontro, fui atravessada por experiências que moldaram não apenas minha trajetória profissional, mas também meu modo de cuidar e de existir. Levo comigo um pouco de cada território, de cada pessoa e de cada história que me constituiu ao longo do caminho.

À minha família de Minas Gerais, raiz primeira, especialmente à minha mãe, que sempre acreditou em mim — mesmo quando eu mesma não conseguia acreditar.

À minha família de Manaus, construída no encontro, que me acolheu e me fez pertencer. Ao meu companheiro, que sempre me impulsionou e acreditou no meu potencial, com você aprendi que família também se constrói, no afeto, na presença e no caminhar junto.

Aos meus amigos, espalhados por este Brasil e também aqui, que se tornaram família no caminho. Vocês são rede que sustenta, presença que acolhe, riso que alivia e força que impulsiona. Em cada travessia, mesmo à distância, nunca estive só — porque vocês estavam.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM) pelo apoio ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas (PPGPSI-UFAM).

A todos que, de alguma forma, fizeram parte desta caminhada — nos encontros, nas conversas, nos silêncios, nas escutas e nos afetos —, meu mais sincero agradecimento.

Esta dissertação é, antes de tudo, um gesto coletivo.

**DIAS, M. A. S. Entre Rios, Territórios e Encontros: Cartografia das Produções de Cuidado em Ato no Caps-AD de Parintins (AM)** nº de folhas 128. Dissertação Universidade Federal do Amazonas. Orientador/a: Profº Dr. Breno de Oliveira Ferreira. Manaus – Amazonas.

## **RESUMO**

Esta dissertação tem como objetivo cartografar os modos de produção do cuidado em ato no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) do município de Parintins (AM), acompanhando os processos que se constituem no cotidiano do trabalho em saúde mental, a partir de uma perspectiva ética, política e relacional ancorada na Reforma Psiquiátrica Brasileira e na Redução de Danos. Inspirada no método da cartografia, compreendida como pesquisa-intervenção comprometida com o acompanhamento de processos em sua dimensão viva e em constante transformação, esta investigação se constrói no entrelaçamento entre trajetória da pesquisadora, território amazônico e práticas de cuidado produzidas no serviço. O campo foi composto por experiências vividas junto às trabalhadoras do CAPS AD, usuários, familiares e rede de atenção, por meio de dispositivos cartográficos como diário de campo, rodas de conversa e observação participante. A pesquisa se insere em um território marcado por especificidades amazônicas, onde os rios, as distâncias e as dinâmicas urbano-ribeirinhas produzem modos singulares de existência e de organização do cuidado. Os resultados evidenciam que o cuidado em saúde mental se produz para além das prescrições e protocolos, sendo tecido no cotidiano a partir de encontros, afetos, negociações e invenções que emergem no trabalho vivo em ato. As trabalhadoras constroem práticas que articulam escuta, vínculo e responsabilização, sustentando o cuidado em meio a condições institucionais frequentemente precárias, marcadas por sobrecarga, insuficiência de recursos e fragilidades na rede. A cartografia também evidencia que os modos de cuidado são atravessados por marcadores sociais como gênero, sexualidade, raça/cor/etnia e território, que incidem diretamente sobre as formas de sofrimento e as possibilidades de acesso e permanência nos serviços. Narrativas de usuários, especialmente aqueles em situação de maior vulnerabilidade, como pessoas em situação de rua e população LGBTQIAPN+, revelam trajetórias marcadas por violências, exclusões e descontinuidades no cuidado, ao mesmo tempo em que apontam para a potência dos encontros no CAPS como espaço de reconhecimento e produção de vínculos. Conclui-se que o CAPS AD se constitui como um território de disputas, invenções e resistências, onde o cuidado em liberdade se produz de forma inacabada, tensionado entre diretrizes institucionais e as exigências concretas do território. A cartografia permite evidenciar que o cuidado não se reduz a práticas técnicas, mas se configura como processo ético-político que se sustenta nos encontros e na capacidade de afetar e ser afetado. Assim, esta pesquisa reafirma a importância de fortalecer práticas territorializadas, intersetoriais e comprometidas com a singularidade dos sujeitos, contribuindo para a consolidação de uma saúde mental pautada na defesa da vida, dos direitos e da produção de existência.

**Palavras-chave:** Saúde Mental; Cartografia; CAPS AD; Redução de Danos; Território; Amazônia.

DIAS, M. A. S. **Entre Rios, Territórios e Encontros: Cartografia das Produções de Cuidado em Ato no Caps-AD de Parintins (AM)** nº de folhas 128. Dissertação Universidade Federal do Amazonas. Orientador/a: Profº Dr. Breno de Oliveira Ferreira. Manaus – Amazonas.

### ABSTRACT

This dissertation aims to map the modes of care production in action at the Psychosocial Care Center for Alcohol and Other Drugs (CAPS AD) in the municipality of Parintins, Amazonas, Brazil, by following the processes that are constituted in the everyday work of mental health care, from an ethical, political, and relational perspective grounded in the Brazilian Psychiatric Reform and Harm Reduction approaches. Inspired by the cartographic method, understood as a research-intervention committed to accompanying processes in their living and constantly transforming dimension, this investigation is constructed through the intertwining of the researcher's trajectory, the Amazonian territory, and the care practices produced within the service. The fieldwork was composed of lived experiences alongside CAPS AD workers, users, family members, and the care network, through cartographic devices such as field diaries, group discussions, and participant observation. The research takes place in a territory marked by Amazonian specificities, where rivers, distances, and urban-riverine dynamics produce singular modes of existence and organization of care. The findings reveal that mental health care is produced beyond prescriptions and protocols, being woven in everyday life through encounters, affects, negotiations, and inventions that emerge in living labor in action. Workers develop practices that articulate listening, bonding, and responsibility, sustaining care amid often precarious institutional conditions, marked by overload, lack of resources, and network fragilities. The cartography also shows that modes of care are traversed by social markers such as gender, sexuality, race/ethnicity, and territory, which directly impact forms of suffering and the possibilities of access to and continuity in services. Narratives of users, especially those in situations of greater vulnerability, such as people experiencing homelessness and LGBTQIAPN+ individuals, reveal trajectories marked by violence, exclusion, and discontinuities in care, while also pointing to the potential of encounters within the CAPS as spaces of recognition and the production of bonds. It is concluded that the CAPS AD constitutes a territory of disputes, inventions, and resistances, where care in freedom is produced in an unfinished manner, tensioned between institutional guidelines and the concrete demands of the territory. Cartography makes it possible to demonstrate that care is not limited to technical practices, but is configured as an ethical-political process sustained in encounters and in the capacity to affect and be affected. Thus, this research reaffirms the importance of strengthening territorialized, intersectoral practices committed to the singularity of subjects, contributing to the consolidation of a mental health approach grounded in the defense of life, rights, and the production of existence.

**Keywords:** Mental Health; Cartography; CAPS AD; Harm Reduction; Territory; Amazon.

**DIAS, M. A. S. Entre Rios, Territórios e Encontros: Cartografia das Produções de Cuidado em Ato no Caps-AD de Parintins (AM).** n° de folhas 128. Dissertação Universidade Federal do Amazonas. Orientador/a: Profº Dr. Breno de Oliveira Ferreira. Manaus – Amazonas.

## **RESUMEN**

Esta disertación tiene como objetivo mapear los modos de producción de cuidados en acción en el Centro de Atención Psicosocial para Alcohol y Otras Drogas (CAPS AD) en el municipio de Parintins (AM), siguiendo los procesos que constituyen el trabajo diario en salud mental, desde una perspectiva ética, política y relacional anclada en la Reforma Psiquiátrica Brasileña y la Reducción de Daños. Inspirada en el método cartográfico, entendido como investigación-intervención comprometida con el monitoreo de procesos en su dimensión viva y en constante transformación, esta investigación se construye sobre la interrelación de la trayectoria del investigador, el territorio amazónico y las prácticas de cuidados producidas en el servicio. El campo se compuso de experiencias vividas junto con trabajadores del CAPS AD, usuarios, familiares y la red de cuidados, a través de dispositivos cartográficos como diarios de campo, grupos de discusión y observación participante. Esta investigación se desarrolla en un territorio marcado por especificidades amazónicas, donde ríos, distancias y dinámicas urbano-fluviales producen modos únicos de existencia y organización de cuidados. Los resultados muestran que la atención de salud mental se produce más allá de prescripciones y protocolos, integrándose en la vida cotidiana a partir de encuentros, afectos, negociaciones e invenciones que surgen en la práctica diaria. Los profesionales construyen prácticas que articulan la escucha, el vínculo y la responsabilidad, manteniendo la atención en medio de condiciones institucionales frecuentemente precarias, marcadas por la sobrecarga, la insuficiencia de recursos y las debilidades de la red. El análisis también muestra que las modalidades de atención están atravesadas por marcadores sociales como el género, la sexualidad, la raza/color/etnia y el territorio, que afectan directamente las formas de sufrimiento y las posibilidades de acceso y permanencia en los servicios. Las narrativas de los usuarios, especialmente las de grupos más vulnerables como las personas sin hogar y la población LGBTQIAPN+, revelan trayectorias marcadas por la violencia, la exclusión y las discontinuidades en la atención, al tiempo que resaltan el poder de los encuentros en el CAPS (Centro de Atención Psicosocial) como un espacio para el reconocimiento y la creación de vínculos. Se concluye que el CAPS AD constituye un territorio de disputas, invenciones y resistencia, donde el cuidado en libertad se produce de manera inacabada, entre las directrices institucionales y las demandas concretas del territorio. La cartografía permite mostrar que el cuidado no se reduce a prácticas técnicas, sino que se configura como un proceso ético-político que se sustenta en encuentros y en la capacidad de afectar y ser afectado. Así, esta investigación reafirma la importancia de fortalecer prácticas territorializadas e intersectoriales comprometidas con la singularidad de las personas, contribuyendo a la consolidación de la salud mental basada en la defensa de la vida, los derechos y la producción de existencia.

**Palabras clave:** Salud Mental; Cartografía; CAPS AD; Reducción De Daños; Territorio; Amazonia.

## **LISTA DE SIGLAS**

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas

CAPS AD III – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas 24h

CF – Constituição Federal

CONFEN – Conselho Federal de Entorpecentes

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

OMS – Organização Mundial da Saúde

PPGPSI – Programa de Pós-Graduação em Psicologia

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RD – Redução de Danos

SEMSA – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UEA – Universidade do Estado do Amazonas

UFAM – Universidade Federal do Amazonas

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

## SUMÁRIO

|                                                                                                |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>APRESENTAÇÃO AO LEITOR: COMO ESTA CARTOGRAFIA SERÁ NARRADA .....</b>                        | <b>15</b> |
| CARTA AO LEITOR: OU COMO ESTA PESQUISA COMEÇOU A NAVEGAR — NA NASCENTE DESTA CARTOGRAFIA.....  | 16        |
| <b>I TRAVESSIA — DAS ÁGUAS DA MEMÓRIA AO TERRITÓRIO VIVIDO.....</b>                            | <b>21</b> |
| <b>II TRAVESSIA — CARTOGRAFIAR É NAVEGAR: O MÉTODO COMO PERCURSO .....</b>                     | <b>24</b> |
| <b>III TRAVESSIA — NAS MARGENS DA REFORMA: TERRITÓRIO, CUIDADO E INVENÇÃO NA AMAZÔNIA.....</b> | <b>29</b> |
| <b>IV TRAVESSIA – QUANDO OUTRAS MARGENS DO CUIDADO SE TORNAM POSSÍVEIS .....</b>               | <b>35</b> |
| <b>V TRAVESSIA — AMAZÔNIA: TERRITÓRIO LÍQUIDO, REDES E TRAVESSIAS DO CUIDADO .....</b>         | <b>41</b> |
| O BAIXO AMAZONAS: REDES, FLUXOS E TERRITORIALIDADES.....                                       | 44        |
| TERRITÓRIO LÍQUIDO: QUANDO O RIO ORGANIZA A VIDA.....                                          | 45        |
| PARINTINS: TERRITÓRIO ENCANTADO.....                                                           | 46        |
| <b>VI TRAVESSIA — O CAPS AD DE PARINTINS: ONDE O CUIDADO GANHA CORPO .....</b>                 | <b>50</b> |
| <b>VII TRAVESSIA — IMERSÃO NO CAMPO: QUANDO AS ÁGUAS SE APROFUNDAM.....</b>                    | <b>54</b> |
| <b>VIII TRAVESSIA — HISTÓRIAS QUE PEDEM ESCRITA.....</b>                                       | <b>57</b> |
| HISTÓRIAS QUE PEDEM ESCRITA: VOZES, MEMÓRIAS E ESCUTA NO CAPS AD.....                          | 57        |
| MARIANA: UMA HISTÓRIA QUE ATRAVESSA A PERGUNTA SOBRE O SUCESSO NO CAPS.....                    | 58        |
| LUCAS: QUANDO O CUIDADO SE PERDE NAS DISTÂNCIAS DO TERRITÓRIO.....                             | 64        |

|                                                                         |            |
|-------------------------------------------------------------------------|------------|
| SR. ANTÔNIO: ENTRE O ÁLCOOL E AS MARCAS DO MUNDO.....                   | 68         |
| MARCOS: ENTRE O SILÊNCIO E O MUNDO.....                                 | 70         |
| SR. JOAQUIM — QUANDO A VIDA VOLTA A DANÇAR NAS RUAS.....                | 74         |
| HISTÓRIAS QUE TRANSBORDAM O PAPEL .....                                 | 77         |
| <b>IX TRAVESSIA — ENTRE REDES FRÁGEIS E TRABALHADORES</b>               |            |
| <b>EXAUSTOS.....</b>                                                    | <b>81</b>  |
| <b>X TRAVESSIA — A CLÍNICA ENTRE ESCUTA, PODER E PRESCRIÇÃO .....</b>   | <b>92</b>  |
| ENTRE A ESCUTA E A PRESCRIÇÃO: O CAMPO TENSIONA OS SABERES MÉDICOS..... | 92         |
| <b>XI TRAVESSIA — ENTRE MARGENS E CORRENTES: O QUE FICA, O QUE</b>      |            |
| <b>SEGUE .....</b>                                                      | <b>98</b>  |
| CARTA AO LEITOR — OU SOBRE AQUILO QUE SEGUE CORRENDO .....              | 101        |
| <b>REFERÊNCIAS .....</b>                                                | <b>103</b> |
| <b>ANEXOS .....</b>                                                     | <b>109</b> |

## **Apresentação ao leitor: como esta cartografia será narrada**

Esta dissertação é uma viagem.

Não uma viagem marcada por rotas fixas, nem por destinos previamente definidos, mas uma travessia que se constrói no próprio movimento, acompanhando os fluxos, os encontros e as transformações que emergem ao longo do percurso. Assim como os rios amazônicos, que nascem em pequenas nascentes quase imperceptíveis e, ao longo de seu curso, encontram afluentes, desviam seus caminhos, alargam suas margens e seguem produzindo novos territórios, esta cartografia também se constitui em fluxo, em movimento, em devir.

Na Amazônia, navegar não é apenas deslocar-se entre dois pontos. É habitar o rio. É deixar-se conduzir por suas águas, aprender seus tempos, reconhecer suas forças e suas imprevisibilidades. O rio ensina que o percurso não é linear, que o caminho se transforma a cada instante e que é no próprio ato de navegar que o território se revela.

Nada melhor, portanto, do que estar imersa nos rios para compreender o que significa cartografar.

Por essa razão, esta dissertação será narrada como uma viagem pelos rios. Toda viagem começa em uma nascente.

A nascente é o ponto onde as águas começam a emergir, ainda frágeis, quase invisíveis, mas carregadas de potência. É ali que o rio nasce. Nesta cartografia, a nascente não se encontra apenas em um lugar geográfico, mas no entrelaçamento entre minha própria história e as histórias que encontrei ao longo do caminho. É na memória, nas travessias, nos encontros e nas afetações que esta pesquisa começa a se formar.

Cartografar, neste contexto, não significa representar um território fixo, mas acompanhar um território vivo, em constante produção. Significa sustentar o movimento, reconhecer que o caminho não está dado de antemão, mas se faz no próprio ato de navegar.

Esta dissertação não é, portanto, um ponto de chegada.

É o registro de uma travessia.

Uma travessia que começa, na nascente deste rio.

**Carta ao leitor: ou como esta pesquisa começou a navegar — na nascente desta cartografia**

“O real não está na saída nem na chegada:  
ele se dispõe para a gente é no meio da travessia.”

Guimarães Rosa, *Grande Sertão: Veredas*

Esta pesquisa nasce no meio da travessia.

Ela não começa aqui, neste texto, nem no momento em que decidi ingressar no mestrado, nem mesmo quando iniciei minha atuação no campo da saúde mental. Ela começa antes, em tempos que não obedecem à cronologia acadêmica, em territórios que não cabem nos mapas institucionais, em experiências que ainda não sabiam que um dia seriam chamadas de pesquisa. Começa nas histórias que ouvi, nas histórias que vivi e, sobretudo, nas histórias que aprendi a contar.

Antes de ser pesquisadora, fui contadora de histórias. Uma das minhas lembranças mais marcantes remonta à infância, quando, ainda na quarta série do ensino fundamental, minha professora de português nos convidava a escrever histórias e contá-las em voz alta diante da turma. Eu aguardava aquele momento com ansiedade e encantamento. Escrevia minhas próprias histórias e também aquelas que escutava, observava e imaginava. Narrar era um gesto natural, quase inevitável, uma forma de existir no mundo e de me aproximar dele. Só muitos anos depois, já adulta, essa lembrança retornou com força, como quem revela algo que sempre esteve ali: sou, antes de tudo, uma contadora de histórias.

Talvez seja por isso que, ao longo da vida, meus amigos frequentemente me dizem que eu deveria escrever um livro com as histórias que conto, histórias dos encontros com os

pacientes, das vivências no campo da saúde mental, das alegrias, das dores e das contradições que atravessam o cuidado. Histórias que não são apenas minhas, mas que me constituem. Histórias que me transformaram e continuam a me transformar.

Esta dissertação também nasce desse gesto: contar histórias.

Não como uma forma de ilustrar conceitos ou adornar análises, mas como um modo de produzir conhecimento. Porque foi no encontro com essas histórias, vividas, escutadas e compartilhadas, que as questões que orientam esta pesquisa começaram a se formar. Foram elas que produziram as inquietações, as perguntas e os deslocamentos que tornaram possível este trabalho.

Minha própria história é feita de travessias.

Nasci no interior de Minas Gerais, em um território atravessado por hierarquias silenciosas, por modos rígidos de organização da vida e por uma cultura marcada por afetos, mas também por silenciamentos. Filha de uma professora do ensino fundamental e neta de uma costureira, cresci entre mulheres fortes, que, mesmo atravessadas pelas dificuldades de existir como mulheres divorciadas em um contexto conservador, sustentaram a vida com dignidade, coragem e afeto.

Minha mãe, professora, me ensinou o valor das palavras. Foi com ela que aprendi que a linguagem pode ser um lugar de invenção e também de resistência. Era ela quem me apresentava os livros, quem me ensinava a escutar, quem me mostrava que cada história carrega em si um mundo inteiro. Sua presença me ensinou que narrar é também um modo de cuidar, de registrar e de transmitir aquilo que não pode ser esquecido.

Minha avó, costureira, me ensinou outra forma de narrativa: a narrativa do gesto. Em suas mãos, o tecido se transformava em roupa, e a linha, em possibilidade. Foi com ela que aprendi que criar é também um modo de existir, que inventar é uma forma de sustentar a vida

diante das adversidades. Entre linhas, tecidos e silêncios, aprendi que há histórias que não se dizem em palavras, mas que se inscrevem nos corpos e nos modos de viver.

Foram essas mulheres que me ensinaram a perceber o mundo em sua complexidade, a reconhecer suas dores, suas injustiças, mas também suas potências. Com elas, aprendi que viver é também sustentar o que é frágil, cuidar do que é invisível e permanecer mesmo quando tudo parece desmoronar. Foram elas que me ensinaram a escutar antes de falar, a observar antes de julgar e a compreender que cada vida carrega uma história que precisa ser reconhecida em sua singularidade. Foi também com elas que aprendi o valor do estudo, não como promessa de ascensão individual, mas como possibilidade de deslocamento, de abertura de mundos, de invenção de outros destinos possíveis.

Minha mãe e minha avó sustentaram não apenas a si mesmas, mas também os sonhos que eu ainda não sabia nomear. Elas acreditaram em mim antes mesmo que eu pudesse acreditar. Apoiaram cada uma das minhas escolhas, inclusive a decisão de deixar o interior e me mudar para Belo Horizonte para estudar. Naquele tempo — e talvez ainda hoje — uma menina pobre, filha de mulheres divorciadas, não era esperada em uma Universidade Federal. O lugar que nos era reservado era outro: o da repetição, o da permanência no mesmo território, o da continuidade de um destino já traçado. Mas elas me disseram o contrário. Disseram que era possível atravessar fronteiras, que o estudo poderia ser uma travessia, que eu poderia inventar outros caminhos.

Foi esse gesto, ao mesmo tempo simples e radical, que tornou possível tudo o que viria depois.

Ao ingressar, em 2007, no curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), não cheguei sozinha. Cheguei acompanhada por essas histórias, por essas vozes e por esse legado silencioso que me ensinou a escutar e a sustentar a vida. A universidade se apresentou, então, como um novo território — não apenas geográfico, mas

existencial. Foi ali que aquele interesse antigo pelas histórias, pelos modos de existir e pelas formas de sustentar a vida encontrou um campo onde poderia se expandir e ganhar novas densidades.

Foi na universidade que tive meu primeiro contato com o campo da saúde mental, inicialmente como estudante e, posteriormente, como participante de um coletivo de saúde mental que se constituía como espaço de encontro, militância e formação. Nesse coletivo, aprendi que a saúde mental não se limita ao campo das intervenções técnicas, mas se inscreve como prática ética, política e relacional. Aprendi que cuidar é, antes de tudo, um gesto de escuta, uma escuta que reconhece o outro não como objeto de intervenção, mas como sujeito de sua própria história.

Foi também nesse período que comecei a compreender que aquilo que me constituía desde a infância — a escuta, a atenção às histórias, a sensibilidade aos encontros — não era algo separado da minha formação, mas sua própria base. A Terapia Ocupacional, e posteriormente o campo da saúde mental, não surgiram como uma escolha aleatória, mas como desdobramento de uma trajetória já marcada pelo encontro com o cuidado, com a escuta e com as histórias que atravessam e constituem a vida.

Assim, o ingresso na universidade não representou apenas o início de uma formação profissional, mas a continuidade de uma travessia que havia começado muito antes, nas mãos de minha avó, nas palavras de minha mãe e nas histórias que aprendi a escutar e a contar. Foi nesse território que comecei a compreender que sustentar a vida, em sua fragilidade e em sua potência, poderia também se tornar um modo de existir, de trabalhar e, agora, de pesquisar.

O maior desses deslocamentos foi a vinda para o Amazonas. Mais uma vez, foi minha mãe quem sustentou esse movimento. Ao saber que eu havia sido aprovada no concurso para a Secretaria Municipal de Saúde do Amazonas, ela me disse: vá. Não sei explicar exatamente por quê, mas sei que seu futuro é habitar outras terras — ou, talvez, outras águas. Suas palavras

não foram apenas um incentivo, mas uma autorização para atravessar, para deixar o que era conhecido e me lançar ao encontro do que ainda não tinha nome.

Ela também me disse que minha avó teria muito orgulho de mim. Minha avó havia falecido apenas um mês antes da minha formatura na graduação, e sua ausência se fazia presença em cada passo que eu dava. Partir para a Amazônia era, de certo modo, levar comigo tudo aquilo que elas haviam sustentado: seus gestos, sua coragem e a confiança de que era possível inventar outros destinos. Foi assim que iniciei essa travessia, atravessada por suas vozes e conduzida por águas que, ainda desconhecidas, já começavam a me transformar.

Chegar à Amazônia foi, ao mesmo tempo, um encontro com um novo território e um reencontro comigo mesma. Aqui, aprendi que o território não é apenas espaço geográfico, mas força viva que atravessa os corpos e produz modos de existir. Aprendi que o tempo não se organiza apenas em calendários, mas nos ciclos das águas, nas cheias e nas vazantes dos rios, nos movimentos que transformam continuamente a paisagem e a vida.

Foi nesse território que me tornei trabalhadora da saúde mental no Sistema Único de Saúde e participei da implantação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) de Manaus. Essa experiência me colocou diante das complexidades, dos desafios e das potências que atravessam o cuidado em saúde mental na Amazônia. Foi no cotidiano desse trabalho, nos encontros com os usuários, com as trabalhadoras e com o território, que as questões que orientam esta pesquisa começaram a se constituir.

Antes de ser pesquisa, esta dissertação foi vida.

Foi inquietação diante das desigualdades, foi afetação diante das histórias escutadas, foi desejo de compreender os modos como o cuidado se produz no cotidiano. Foi também a necessidade de registrar essas experiências, de narrar essas histórias, de produzir memória.

Cartografar, neste contexto, é acompanhar essas histórias em movimento.

É reconhecer que o conhecimento não se produz a partir de uma posição externa e neutra, mas no interior dos encontros, das relações e das experiências vividas. É reconhecer que pesquisar é também implicar-se, deixar-se afetar e transformar pelo campo.

Esta dissertação é, portanto, uma travessia.

Uma travessia que começa na infância, entre histórias contadas em uma sala de aula no interior de Minas Gerais. Que passa pelas palavras de minha mãe, pelas mãos de minha avó, pelos encontros na universidade, pelas experiências no campo da saúde mental. E que encontra, na Amazônia, um território onde essas histórias se entrelaçam e ganham novos sentidos.

Se esta dissertação é um rio, suas águas são feitas dessas histórias.

Histórias que me constituem, histórias que constituem o campo da saúde mental, histórias que constituem o próprio território onde esta pesquisa se realiza.

Convido você, leitora, a navegar comigo por essas águas.

Porque esta dissertação não é apenas sobre o cuidado em saúde mental.

Ela é também sobre as histórias que tornam esse cuidado possível.

E, sobretudo, sobre os modos como essas histórias continuam a produzir vida.

### **I Travessia — Das águas da memória ao território vivido**

Todo rio nasce de uma nascente, mas é no percurso pelo território que ele se faz rio, encontrando margens, recebendo afluentes e inventando seu próprio caminho.

Até aqui, esta cartografia brotou das memórias, das histórias e das travessias que constituem minha própria trajetória. Mas nenhuma cartografia se sustenta apenas em sua nascente. É preciso que as águas encontrem um território, que ganhem corpo, que se deixem conduzir pelos fluxos e pelas forças que atravessam o mundo vivido. É nesse encontro entre as águas e o território que esta pesquisa começa, de fato, a se constituir como travessia cartográfica.

Chegar à Amazônia foi, antes de tudo, entrar em outro regime de existência.

Aqui, o território não se organiza a partir das estradas, mas dos rios. São eles que conectam cidades, comunidades, histórias e modos de vida. São eles que definem os tempos, os deslocamentos e as possibilidades de encontro. O rio não é apenas um meio de transporte, mas uma condição de existência. Ele estrutura a vida social, econômica e simbólica da região, constituindo aquilo que autores denominam território líquido — um espaço vivo, em permanente movimento, tecido pelos fluxos das águas e pelas relações que nelas se produzem (Schweickardt et al., 2021).

Habitar a Amazônia é aprender a navegar.

É compreender que o território não é fixo, mas mutável. Que as margens se transformam, que os caminhos se refazem, que o tempo não é linear, mas ritmado pelos ciclos da cheia e da vazante. Nesse contexto, deslocar-se não é apenas mover-se no espaço, mas deixar-se afetar pelo território, pelos encontros e pelas forças que nele circulam.

Foi nesse território líquido que esta cartografia encontrou seu curso.

Minha trajetória profissional no campo da saúde mental, iniciada ainda na região Sudeste, ganhou novos contornos ao chegar ao Amazonas, em 2014, quando passei a atuar como terapeuta ocupacional na Secretaria Municipal de Saúde de Manaus. O encontro com o território amazônico produziu deslocamentos não apenas geográficos, mas também éticos, políticos e existenciais. As distâncias, as ausências de serviços, as potências dos encontros e as invenções cotidianas do cuidado revelaram que o trabalho em saúde mental, aqui, exigia outras formas de escuta, outras formas de presença e outras formas de cuidado.

Foi nesse percurso que Parintins emergiu como um território de afetação.

Localizado às margens do rio Amazonas, o município se constitui como um importante polo urbano-ribeirinho da região do Baixo Amazonas, articulando redes territoriais, sociais e culturais que se organizam em torno das águas (Bartoli, 2021). Mais do que um espaço

geográfico, Parintins é um território vivo, onde o cuidado, assim como o rio, se produz em movimento, nas travessias, nos encontros e nas redes que sustentam a vida cotidiana.

Minha aproximação com Parintins não se deu inicialmente como pesquisadora, mas como trabalhadora implicada com o campo da saúde mental. Foi no exercício do trabalho, nos encontros com profissionais, usuários e territórios, que o município começou a se desenhar como campo possível desta investigação. Não se tratava de uma escolha previamente definida, mas de um encontro que produziu deslocamentos, inquietações e desejos.

O chamado veio em novembro de 2021, quando fui convidada a apoiar a formação da equipe do recém-inaugurado CAPS AD de Parintins. Cheguei ao serviço sem saber exatamente o que encontraria, mas carregando comigo a experiência acumulada no trabalho em CAPS e o desejo de contribuir com a construção daquele espaço. O que encontrei foi um serviço em nascimento: uma equipe em formação, atravessada por dúvidas, medos e expectativas, e um território que começava a inventar seus próprios modos de produzir cuidado.

Nos primeiros dias, as rodas de conversa se tornaram nosso principal dispositivo de encontro. Entre discussões teóricas, partilhas de experiências e atendimentos conjuntos, fomos construindo, coletivamente, modos de compreender e sustentar o cuidado em saúde mental naquele território. O que inicialmente se apresentava como formação técnica transformou-se em um processo de afetação mútua. Eu ensinava, mas também aprendia. Acompanhava, mas também era acompanhada. O território começava a me atravessar, e eu começava a me tornar parte dele.

Foi nesse encontro que esta cartografia começou, de fato, a ganhar forma.

Não como um projeto previamente delineado, mas como um processo que emergiu dos próprios encontros. As inquietações, as tensões, as potências e os desafios vividos naquele contexto produziram deslocamentos que tornaram impossível permanecer apenas no lugar de trabalhadora. Surgiu, então, a necessidade de cartografar esses processos, de acompanhar as

forças que atravessam o cotidiano do cuidado e de sustentar uma escuta atenta às vidas que ali se produzem.

Escolher Parintins como campo desta cartografia foi, portanto, menos uma decisão metodológica e mais um gesto ético e afetivo.

Foi reconhecer que o território não é objeto da pesquisa, mas seu coautor. Que esta cartografia não se faz sobre o território, mas com ele. Que o rio desta pesquisa, iniciado em minha própria história, agora encontrava novas águas, novos afluentes e novos percursos.

É a partir deste encontro, entre pesquisadora, território e trabalho, que está travessia segue seu curso.

As águas continuam a correr.

## **II Travessia — cartografar é navegar: o método como percurso**

Se na primeira travessia este rio encontrou o território, nesta segunda travessia o movimento se volta para o próprio gesto de navegar. Não mais apenas o encontro entre águas e margens, mas o modo como o percurso se faz, o método como travessia, como deslocamento, como experiência vivida em ato.

Cartografar, neste contexto, não significa aplicar um método previamente definido, nem seguir um roteiro fixo e linear. Cartografar é acompanhar o movimento das águas, sustentar o percurso e reconhecer que o caminho não antecede o caminhar — ele se faz no próprio ato de navegar. Como afirmam Passos, Kastrup e Escóssia (2009), a cartografia não parte de um modelo representacional que busca descrever uma realidade já dada, mas se constitui como pesquisa-intervenção, comprometida com o acompanhamento de processos em sua dimensão viva, relacional e em permanente transformação.

A cartografia não começa com um mapa pronto.

Habitar, aqui, não é ocupar um espaço físico, mas implicar-se com as forças que o constituem, deixar-se atravessar por suas intensidades, reconhecer que o território não é um objeto externo à pesquisadora, mas um campo de relações que a incluem e a transforma. Nesse sentido, cartografar é habitar um território existencial, acompanhando as linhas de força, os afetos e os processos de subjetivação que se produzem nos encontros (Alvarez & Passos, 2009). Diferentemente das metodologias que buscam representar uma realidade estática, a cartografia se compromete com o acompanhamento de processos em movimento, reconhecendo que o conhecimento se produz no entre — entre corpos, territórios e afetações.

Assumir a cartografia como método implica deslocar a própria posição da pesquisadora.

Não se trata de observar o campo à distância, mas de habitá-lo. De reconhecer que o corpo que pesquisa é também corpo implicado, atravessado pelas forças que compõem o território. Como propõem Passos e Benevides de Barros (2009), cartografar é acompanhar processos em ato, sustentando uma atenção aberta ao que emerge no percurso, em uma escuta sensível às intensidades que se produzem no encontro entre pesquisadora e campo. O método, portanto, não se configura como um conjunto fixo de procedimentos, mas como um modo de estar no mundo, um modo de produzir conhecimento no interior da própria experiência.

Nesse sentido, esta cartografia não se organiza como um caminho previamente traçado, mas como uma navegação que se constrói no próprio movimento.

Assim como os rios amazônicos, que encontram novos cursos, desviam-se, recebem afluentes e inventam seus próprios percursos, esta pesquisa foi sendo tecida no encontro com o território e com as múltiplas vidas que o constituem. Não apenas com as trabalhadoras do CAPS AD de Parintins, mas também com os usuários que ali chegavam carregando suas histórias, com seus familiares que sustentavam, à sua maneira, o cuidado no cotidiano, com a gestão que atravessava e organizava as possibilidades e os limites do serviço, com as trabalhadoras de outros pontos da Rede de Atenção Psicossocial que compunham, em rede, os

fluxos do cuidado, e com a própria cidade, que se fazia presente em suas ruas, seus ritmos, suas distâncias e suas águas. Cada encontro, cada conversa, cada silêncio e cada deslocamento produziu novos contornos para esta cartografia, fazendo com que o percurso metodológico não se apresentasse como um caminho previamente determinado, mas como um processo em constante composição.

O método, assim, não antecedeu o campo, mas emergiu no próprio ato de habitar e acompanhar seus movimentos. Foi no fazer da pesquisa, no entrelaçamento entre experiência e reflexão, que as linhas relevantes foram sendo reconhecidas e acompanhadas, em uma atenção sensível ao que se produzia no encontro. Trata-se do que Kastrup (2009) denomina funcionamento cartográfico da atenção — uma atenção que não se orienta pela confirmação de hipóteses previamente formuladas, mas pela abertura ao inesperado, ao que ainda não tem forma definida, ao que emerge como acontecimento. Sustentar essa atenção implicou deslocar-se de uma posição de controle para uma posição de acompanhamento, permitindo que o próprio campo indicasse seus caminhos, seus desvios e suas intensidades. Assim, esta pesquisa não se limitou a descrever um território previamente dado, mas se constituiu como parte de seu próprio movimento, sendo continuamente produzida no encontro com as pessoas, com a rede e com a cidade que, juntas, compõem o território vivo desta cartografia.

Cartografar é, portanto, um gesto de implicação.

Implica reconhecer que a produção do conhecimento não se separa da vida que a sustenta. As memórias, as experiências e as afetações da pesquisadora não constituem ruídos a serem eliminados, mas condições de possibilidade para a produção de um conhecimento situado e implicado. A implicação não é ausência de rigor, mas outro modo de rigor. Um rigor que não se sustenta na distância, mas na presença. Que não busca neutralizar as afetações, mas reconhecê-las como parte constitutiva do processo investigativo. Mendes, Pezzato e Sacardo (2016) apontam que a pesquisa-intervenção exige um rigor ético-político que se fundamenta

na implicação com o campo e na responsabilidade com os processos que nele se produzem. Trata-se de um rigor que emerge do compromisso com o acompanhamento dos processos e com a produção de conhecimento comprometido com a vida.

É nesse ponto que o conceito de afeto se torna central para esta cartografia.

Inspirada nas contribuições de Espinosa e em suas leituras contemporâneas, compreende-se o afeto como a potência de afetar e ser afetado — uma dimensão constitutiva da existência e dos processos de subjetivação. Sawaia (2006), ao dialogar com Espinosa e Vigotski, compreende o afeto como força que atravessa os corpos e modula sua potência de agir, produzindo deslocamentos e transformações. Leal (2022), ao retomar a filosofia spinozana, destaca que os afetos não são meramente emoções individuais, mas forças relacionais que emergem dos encontros e produzem variações na potência de existir.

Assim, os afetos não são compreendidos nesta pesquisa como fenômenos subjetivos isolados, mas como forças ético-políticas que atravessam os encontros e produzem transformações mútuas entre pesquisadora e campo.

É nos encontros que o território se produz.

Como apontam Deleuze e Guattari (1995), os territórios não são estáticos. Eles se produzem nos movimentos, nos deslocamentos e nas forças que atravessam a vida, em processos contínuos de territorialização e desterritorialização. Cartografar é acompanhar esses movimentos, seguir as linhas que se produzem nos encontros, reconhecer as transformações que emergem no território e nos corpos que o habitam.

Nesse sentido, esta pesquisa se constitui como uma cartografia do desejo.

Não se trata de identificar faltas ou representar significados ocultos, mas de acompanhar as forças que se movimentam no cotidiano do cuidado. O desejo, aqui, não é compreendido como carência, mas como potência produtora de vida, como força que produz modos de cuidar, resistir e existir (Deleuze & Guattari, 1995).

O CAPS AD de Parintins, portanto, não se apresenta como um objeto de estudo, mas como um território vivo, em constante produção.

Cada encontro, cada roda de conversa, cada silêncio, cada gesto cotidiano constitui matéria desta cartografia. Como destacam Abrahão et al. (2012), cartografar implica acompanhar os processos no tempo da duração, reconhecendo que o conhecimento se produz no fluxo contínuo das experiências, e não em sua cristalização.

O tempo, nesta cartografia, não é linear. As experiências vividas não desaparecem, mas se conservam e se atualizam nos encontros, produzindo novos sentidos. Conhecer, nesse contexto, não é capturar uma realidade estática, mas acompanhar os processos em seu devir.

Cartografar é habitar essa duração.

É reconhecer que a pesquisa não é um ponto de chegada, mas um processo em curso. Que o conhecimento não se produz fora da vida, mas no interior dela. Que pesquisar é também transformar-se.

É também nesse contexto que se insere a escolha política e ética pelo uso do feminino ao longo desta dissertação ao me referir às trabalhadoras do CAPS AD. Essa escolha não é apenas gramatical, mas epistemológica. Ela emerge do reconhecimento da predominância feminina na força de trabalho em saúde no Brasil, onde as mulheres representam cerca de 77% dos profissionais do setor, especialmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (Machado et al., 2020). Nomear no feminino é, portanto, um gesto de reconhecimento e de visibilização das trabalhadoras que sustentam cotidianamente o cuidado em saúde mental.

Ao assumir que este estudo nasce das experiências vividas no interior do trabalho em saúde mental, reconhece-se que a produção do conhecimento aqui proposta não se separa da vida que a sustenta. As travessias que constituem minha trajetória não são panos de fundo subjetivo, mas o próprio plano de emergência desta investigação. Nesse sentido, a cartografia

se apresenta como o método capaz de sustentar a complexidade do vivido, acompanhando os processos em sua dimensão ética, política e existencial.

Assim como os rios amazônicos, esta cartografia não segue um curso fixo.

Ela se faz nos encontros, nas travessias e nas águas que continuam a correr.

O método, aqui, não é o mapa.

É o próprio navegar.

### **III Travessia — nas margens da Reforma: território, cuidado e invenção na Amazônia**

Se nas travessias anteriores acompanhei o nascimento deste rio e o modo como ele encontrou o território e inventou seu próprio percurso metodológico, esta terceira travessia exige voltar o olhar para as margens que tornaram possível sua existência. Nenhum rio corre sem margens. São elas que lhe oferecem contorno, sustentação e direção, ainda que também sejam continuamente transformadas por suas águas. Assim também é a Reforma Psiquiátrica Brasileira: não um evento pontual ou um marco fixo no tempo, mas um processo vivo, em permanente construção, que produz e é produzido pelos territórios onde se inscreve.

É nesse contexto que se faz necessário abordar a Reforma Psiquiátrica Brasileira e Amazonense como o terreno político, ético e afetivo sobre o qual esta pesquisa se enraíza, pois é justamente nesse chão — atravessado por disputas, conquistas e reinvenções cotidianas — que me (re)situo como pesquisadora e trabalhadora do cuidado.

A Reforma Psiquiátrica, no Brasil, constitui-se como processo político, social e cultural que se fortalece a partir dos anos 1970, em reação ao modelo asilar caracterizado pela segregação, pelo isolamento e pela institucionalização da loucura. Inspirada por experiências internacionais de desinstitucionalização e articulada ao movimento da Reforma Sanitária e à redemocratização do país, a reforma se consolida como luta coletiva — de trabalhadoras e

trabalhadores, usuárias e usuários, familiares, pesquisadoras(es) e militantes — culminando na promulgação da Lei nº 10.216/2001, marco jurídico que redireciona o modelo assistencial em saúde mental no país (Amarante, 1995; Brasil, 2001).

Esse marco legal não inaugura a Reforma, mas dá forma normativa a um horizonte que já vinha sendo produzido nas ruas, nos serviços, nas assembleias e nos encontros: o cuidado em liberdade. A Lei nº 10.216/2001 estabelece diretrizes fundamentais para a substituição progressiva do hospital psiquiátrico por serviços de base comunitária, reafirmando a centralidade dos direitos humanos, da proteção contra violências institucionais e da construção de alternativas territoriais de cuidado (Brasil, 2001). A partir daí, e especialmente ao longo das décadas de 1990 e 2000, consolida-se um modelo que valoriza a singularidade do sujeito e reconhece a diversidade das formas de sofrimento, tensionando a tradição medicalizante e segregadora que sustentou o paradigma manicomial (Borges & Baptista, 2008).

No entanto, se o texto da lei oferece direção, é a trama social que mantém o rio em movimento. A política de saúde mental vigente no Brasil resulta de um longo e complexo processo de mobilização social que reuniu usuárias(os), familiares, trabalhadoras(es), militantes e pesquisadoras(es) em torno da crítica ao modelo asilar e da afirmação de outra ética do cuidado. A atuação do Movimento da Luta Antimanicomial, nesse sentido, não se limitou à reivindicação de novos serviços: foi também um projeto cultural e civilizatório, que desloca a loucura do lugar da ameaça e da tutela para o lugar do direito, da cidadania e da vida em comum. Assim, a Reforma Psiquiátrica é simultaneamente política de saúde e política social, projeto ético que busca afirmar liberdade e cidadania no encontro entre sujeitos e territórios — um processo coletivo, contínuo, inacabado, comprometido com a construção de uma sociedade sem manicômios (Brasil, Ministério da Saúde, 2013; Amarante & Nunes, 2018).

É nesse ponto que o desenho da rede passa a importar tanto quanto sua existência formal. A Reforma exige rede, porque nenhum cuidado em liberdade se sustenta isoladamente.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria nº 3.088/2011, consolida essa compreensão ao propor um cuidado articulado entre diferentes pontos — atenção básica, atenção especializada, urgência e emergência, atenção hospitalar e estratégias de desinstitucionalização — deslocando a centralidade do cuidado de um dispositivo único para a rede como produção compartilhada (Brasil, 2011). Ainda assim, a própria história da Reforma no Brasil evidencia que rede não se decreta: rede se constrói, se disputa, se sustenta ou se rompe na materialidade do trabalho vivo e nas condições políticas de cada território. Por isso, a Reforma não se dá de modo linear, mas por avanços e recuos, por tensionamentos permanentes entre o instituído e aquilo que insiste em se instituir.

Delgado (2019, 2020) explicita a dimensão política dessa disputa ao apontar como a Reforma Psiquiátrica permanece vulnerável a movimentos de desmonte e a rearranjos institucionais que, muitas vezes, reatualizam lógicas manicomiais em novos formatos. Entre as contradições estruturais, destaca-se a fragilidade do financiamento e a tendência de “CAPS-centrar” o cuidado, como se a existência do CAPS, por si só, resolvesse a complexidade do sofrimento e da vida. Essa centralidade excessiva, ao mesmo tempo em que evidencia o papel estratégico do CAPS como dispositivo substitutivo, pode invisibilizar a necessidade de articulação efetiva com a atenção básica, com políticas sociais, com a rede comunitária e com ações intersetoriais, restringindo a potência de um cuidado integral e territorializado (Delgado, 2019; Delgado, 2020). A rede, quando se torna promessa não cumprida, recai sobre o CAPS como sobrecarga: tudo chega, tudo para ali, e o território passa a ser convocado sem que esteja, de fato, mobilizado.

É nessa fresta — entre diretriz e vida, entre norma e cotidiano — que a Amazônia se impõe como questão metodológica e política. Ao ingressar na Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA), em 2014, e ser convocada a compor a equipe de implantação do primeiro CAPS AD da capital, testemunhei a materialidade das desigualdades regionais no campo da

saúde mental. Descobrir que Manaus, até então, não possuía um serviço especializado em álcool e outras drogas revelou não apenas a morosidade da implantação da RAPS, mas as condições estruturais e políticas que historicamente fragilizaram o cuidado na região Norte. Compreender essa realidade exigiu rever práticas, escutar o território e implicar-me nas singularidades locais, porque, aqui, rede e território não são metáforas: são condição de possibilidade do cuidado.

Como observam Santos, Tavares e Ferreira (2024), a política de saúde mental no Amazonas formaliza-se na virada do século XXI orientada por princípios como autonomia, territorialidade e promoção da saúde, mas sem superar a lentidão da implementação, marcada por dificuldades logísticas e desigualdades regionais. Diferente de outros estados, o Amazonas construiu sua trajetória em um contexto praticamente desprovido de mercado psiquiátrico privado, o que fez do setor público o principal responsável pela atenção em saúde mental sem que isso, entretanto, garantisse condições estruturais suficientes para efetivar uma rede psicossocial robusta. Em um território onde distâncias são medidas em dias de rio, onde a circulação da vida se organiza por fluxos e não por estradas, a política pública é atravessada por desafios que não podem ser tratados como “detalhes regionais”: eles são o próprio núcleo do problema de rede.

A Reforma Psiquiátrica no Amazonas, portanto, insere-se no movimento nacional, mas apresenta singularidades territoriais, institucionais e políticas. Embora inspirada na Lei nº 10.216/2001, a implantação de serviços substitutivos ocorreu de forma tardia e fragmentada, refletindo dificuldades históricas de consolidação de uma rede em um território de grandes distâncias e desigualdades (Navarro, Salimo, & Schweickardt, 2025). De acordo com Lopes (2011), por longo tempo manteve-se um modelo fortemente hospitalocêntrico, centrado no Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (CPER), que durante décadas operou como principal dispositivo de internação. A implantação dos primeiros CAPS — Parintins (2005) e Manaus

(2006) — simboliza a transição para práticas comunitárias, mas não elimina, de imediato, as forças do asilo: ao contrário, inaugura um campo de tensões, contradições e invenções. Como escreve a autora, foi um processo “repleto de contradições, tensões e invenções cotidianas”, no qual trabalhadoras precisaram “inventar modos de cuidado sem modelos prévios” (Lopes, 2011, p. 47).

A análise de Navarro Salimo, & Schweickardt (2025) complementa essa narrativa ao recuperar o percurso histórico-institucional: o Amazonas participa de debates nacionais desde os anos 1980, mas iniciativas locais sofrem interrupções nos anos 1990 e só retomam força nos anos 2000, com marcos como a Resolução CES nº 037/2003 (Política Estadual de Saúde Mental) e a Lei Estadual nº 3.177/2007, que incorpora princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Ainda assim, a efetivação é dificultada por desarticulação institucional, descontinuidade administrativa e ausência de prioridade política — elementos que comprometem a consolidação da RAPS e produzem o que os autores caracterizam como uma reforma atravessada por incompletudes. O que se desenha, então, é um cenário no qual dispositivos comunitários coexistem com práticas ambulatoriais e medicalizantes, dificultando a consolidação de um cuidado interdisciplinar, territorializado e efetivamente substitutivo (Navarro, Salimo, & Schweickardt, 2025).

É nesse ponto que o cotidiano dos serviços passa a ser, ao mesmo tempo, campo de disputa e laboratório de invenção. Os desafios ético-políticos e práticos dos CAPS em Manaus e Parintins expressam esse processo. Segundo Lopes (2011), a prática terapêutica em CAPS exige a desconstrução das instituições totais e a invenção de um modelo relacional e inclusivo; contudo, lacunas de rede, ausência de formação específica e pressões institucionais produzem contradições que atravessam o trabalho cotidiano. A Reforma Psiquiátrica no Amazonas, escreve a autora, “não é um processo normativo, mas um campo vivo de tensões entre o instituído e o que busca se instituir” (Lopes, 2011, p. 53). Essa formulação não é apenas

diagnóstico: é chave para compreender por que, na Amazônia, política pública e prática cotidiana não se alinham automaticamente — e por que pesquisar aqui exige acompanhar processos em sua dimensão viva, sem reduzir o cuidado a um desenho formal de rede.

Apesar dessas incompletudes, a presença de trabalhadoras implicadas com o projeto da Reforma sustenta, no cotidiano, práticas inventivas baseadas em escuta, vínculo e territorialidade. É essa ética viva do cuidado em liberdade que persiste mesmo quando a institucionalidade falha, mesmo quando a rede se apresenta como ausência, mesmo quando forças contrárias à desinstitucionalização tentam reatualizar o asilo sob novas roupagens (Lopes, 2011). A Reforma, então, não é apenas “política”: é um modo de sustentar vida no território, uma prática que se faz em pequenos gestos, em decisões clínicas, em pactos, em resistências. E é justamente por ser processo inacabado e em disputa que ela exige ser narrada e cartografada.

Ao revisitar essa história a partir da Amazônia, o desafio se amplia. Não se trata apenas de descentralizar o saber e o poder médico, mas de construir políticas e práticas sensíveis ao território — a modos de vida, cosmovisões, relações com a natureza, com a cidade e com o tempo que atravessam esta região. Pensar Reforma Psiquiátrica na Amazônia implica desconstruir lógicas sudestino-centradas ainda presentes em políticas públicas e abrir espaço para saberes e práticas locais, forjados no encontro entre pessoas, rios, florestas e cidades. O cuidado, aqui, não se sustenta como aplicação de um modelo; ele se sustenta como invenção situada, como composição entre o possível e o necessário, como criação de passagens quando faltam pontes.

É nesse movimento, entre o que aprendi nas veredas da Reforma e o que reencontro nas margens amazônicas, que se desenha também minha própria cartografia: travessia entre geografias, afetos e modos de fazer cuidado. A decisão por Parintins como campo desta cartografia não nasce do acaso, mas de um encontro entre história pessoal, desejo político e

pulsção do território. E é precisamente quando o território pulsa — quando ele convoca, exige, atravessa, que a Redução de Danos emerge não apenas como tema, mas como ética.

#### **IV Travessia – Quando outras margens do cuidado se tornam possíveis**

Meu primeiro encontro com a Redução de Danos ocorreu em 2009, em São Lourenço do Sul (RS), durante um estágio de férias voltado à vivência em serviços substitutivos. Até então, eu não havia tido contato com a clínica do cuidado a pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas. Acompanhei diferentes espaços, incluindo leitos de saúde mental em hospital geral, onde predominavam internações relacionadas ao uso abusivo de álcool e de merla. Mas foi nos corredores do CAPS AD que conheci um grupo de redutoras(es) de danos: atuavam de forma discreta e profundamente significativa, acolhendo pessoas em uso de crack com escuta, presença e cuidado. Ali, algo se acendeu: uma inquietação ética e política que me acompanha desde então.

Ao retornar à UFMG, a recepção ao tema foi marcada pela indiferença, pelo silenciamento e pela marginalização da discussão no campo acadêmico. Ainda assim, segui mobilizada: estudei de forma autônoma e busquei, em meus percursos formativos e profissionais, espaços voltados ao campo de álcool e outras drogas, um território que, progressivamente, se tornou parte constitutiva da minha trajetória existencial. Esse deslocamento também foi teórico: ao longo do tempo, fui desnaturalizando a ideia de que a “droga” seria o cerne do sofrimento. Compreendi que a substância é apenas um elemento, muitas vezes o menor, de uma teia marcada por violências estruturais, exclusões, desproteções e perdas contínuas. O problema, então, não reside essencialmente na substância, mas na vida que nela se inscreve: vínculos rompidos, traumas silenciados, subjetividades feridas e direitos negados conferem ao uso funções de alívio, de sustentação e, por vezes, de sobrevivência.

É nesse ponto que a Redução de Danos se apresenta como mais do que estratégia técnico-assistencial: como ética do cuidado e do encontro. Reduzir danos, aqui, não é reduzir pessoas ao uso, nem moralizar trajetórias; é apostar na escuta sem julgamentos, na produção de vínculo, na autonomia e na dignidade radical dos sujeitos. Trata-se de uma prática que recusa a abstinência como única via e aposta em possibilidades singulares e coletivas de cuidado, construídas com e não sobre as pessoas (da Fonseca, 2012; Santos, Soares, & Campos, 2010). Essa ética foi sendo forjada no cotidiano: na minha trajetória profissional de dez anos no CAPS AD de Manaus e dois anos na coordenação estadual da RAPS no Amazonas, em diálogo com equipes do interior e com histórias que reiteravam a mesma constatação, para além do uso de substâncias, há sujeitos em vulnerabilidade intensa, cujas demandas ultrapassam em muito o campo das drogas. Em muitos casos, a substância aparece como porta de entrada; mas as dores convocam um cuidado ampliado: presença, tempo, reparação, compromisso com o social e com o território.

Sustentar a Redução de Danos no Brasil, especialmente sob perspectiva antiproibicionista, permanece, assim, um gesto político de resistência. Essa abordagem tensiona modelos tradicionais, ancorados em lógicas repressivas e abstencionistas articuladas à “guerra às drogas”, política lançada oficialmente nos Estados Unidos em 1971 e disseminada globalmente nas décadas seguintes, com impactos particularmente violentos na América Latina (Mesquita, 2000; Passos & Souza, 2011). A retórica belicista transforma “drogas” em inimigo e legitima, via sistema penal, práticas de controle social sobre populações vulnerabilizadas (Ribeiro & Júnior, 2000). Ao criminalizar usos historicamente situados — pois consumo e saberes sobre substâncias são práticas milenares — o proibicionismo amplia violência, exclusão e precarização dos serviços, sem oferecer respostas eficazes para redução de consumo e danos associados (Ribeiro & Júnior, 2000).

Foucault (1975) ajuda a compreender a engrenagem dessa política: o poder punitivo moderno opera não apenas pela repressão, mas pela normalização das condutas e disciplinamento dos corpos, definindo o que deve ser corrigido, tratado ou eliminado. Nesse regime, a política criminal de combate às drogas fabrica o “usuário de drogas” como sujeito desviante, simultaneamente medicalizado e criminalizado, legitimando vigilância, punição e exclusão. E, ao empurrar o consumo para clandestinidade, produz insegurança sanitária, substâncias adulteradas, ausência de controle de qualidade, ampliação de riscos, afastando pessoas dos serviços de saúde a que têm direito (Ribeiro & Júnior, 2000). No Brasil, os efeitos dessa política recaíram de modo desigual, intensificando a violência sobre pessoas negras, pobres e periféricas, convertendo a “guerra às drogas” em tecnologia de gestão e eliminação de vidas (Machado & Boarini, 2013; Mesquita, 2000).

É nesse cenário que a Redução de Danos emerge historicamente como resposta pragmática e ética a um modelo ineficaz e violento. Na Europa, a RD se fortalece nos anos 1980, em resposta à epidemia de HIV e hepatites virais entre usuários de drogas injetáveis; experiências como a institucionalização de práticas de troca de seringas na Holanda e a atuação do movimento Junkiebond — organização de usuários que reivindicava saúde e melhores condições de vida — marcam essa virada, ao lado de antecedentes como o Comitê Rolleston (1926), na Inglaterra, com prescrição controlada de opiáceos (Alves, 2009; Passos & Souza, 2009). No Brasil, o caminho se inicia no final dos anos 1980, diante do avanço do HIV: a experiência pioneira de Santos (SP), em 1989, promove distribuição de seringas e insumos visando prevenção de doenças, apesar de resistências e tentativas de criminalização das equipes, ações que abriram trilhas para uma política nacional de RD (da Fonseca, 2012; Mesquita, 2000). Nos anos 1990, a RD se afirma progressivamente como política, com parecer favorável do CONFEN (1994) e com a implementação de programas como o de Salvador (BA) (da Fonseca, 2012). A partir de 2003, há inflexão importante: a RD deixa de ser exclusividade

de programas de IST/aids e passa a integrar de modo transversal a política de drogas e a política de saúde mental do Ministério da Saúde, ampliando ofertas de cuidado baseadas em direitos e acolhimento (Brasil, 2003; Passos & Souza, 2009).

No Amazonas, contudo, a produção científica sobre RD ainda se mostra incipiente e fragmentada. No levantamento bibliográfico realizado para esta pesquisa, não se identificaram artigos científicos que sistematizem a história da Redução de Danos no estado ou analisem diretamente a atuação de coletivos locais, como a Associação de Redução de Danos do Amazonas (ARDAM). As referências existentes concentram-se em trabalhos acadêmicos locais, relatos de experiência e produções que tangenciam a temática sem se dedicarem à sua constituição histórica, política e organizativa no território amazônico. Nesse conjunto, destaca-se Reis (2024), ao analisar sentidos atribuídos à RD por estudantes de Psicologia, evidenciando concepções diversas e por vezes fragilizadas, ao mesmo tempo em que reconhece seu potencial ético-político. Já Pardo (2022) menciona a ABORDA apenas a partir da fala de um integrante, sem tomar a RD como eixo analítico. Há ainda produções situadas, como Dias et al. (2020), sobre aplicabilidade da política de RD em serviço especializado no Amazonas, e anais que descrevem experiências de Consultório de Rua no interior com rodas de conversa, educação em saúde e distribuição de insumos (Souza Filho et al., 2013). Ainda que relevantes, essas produções não realizam uma sistematização histórica da RD no Amazonas, nem aprofundam a análise de coletivos locais, o que reafirma uma lacuna importante para o campo.

Essa lacuna não é apenas bibliográfica: ela é também política. Quando uma história não é registrada, ela corre o risco de se perder, e, no entanto, são justamente as histórias de território que sustentam a Reforma em contextos de precariedade. Por isso, ao falar de RD nesta pesquisa, não falo apenas de uma diretriz: falo de uma prática que se faz no cotidiano, nas frestas, nos gestos pequenos que resistem ao moralismo, nos vínculos que se sustentam quando a rede falha. A RD, nesse sentido, configura-se como conjunto articulado de políticas públicas voltadas à

mitigação de danos associados ao uso de drogas, incluindo prevenção de HIV e hepatites, promoção de saúde integral e enfrentamento à violência; mas, sobretudo, ela afirma uma ética que reconhece diferentes relações com substâncias, recusando a abstinência como única possibilidade e apostando em cuidado em liberdade (da Fonseca, 2012; Passos & Souza, 2009; Santos et al., 2010).

Esse reconhecimento se institucionaliza no Brasil com a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (Brasil, 2003) e com a regulamentação dos CAPS AD pela Portaria nº 336/2002, consolidando esses serviços como dispositivos estratégicos de cuidado territorial, comunitário e plural. No caso dos CAPS AD III, a Portaria nº 130/2012 regulamenta funcionamento 24 horas, acolhimento noturno e estrutura para cuidado intensivo, ampliando a capacidade de resposta a situações de maior vulnerabilidade e crise (Brasil, 2002; Brasil, 2012). Nesse marco, os CAPS AD se configuram como serviços que operam com base em clínica ampliada: escuta qualificada, construção de vínculos, trabalho interdisciplinar, corresponsabilização e respeito às trajetórias singulares — com a RD como diretriz transversal inserida em um escopo maior de transformação do cuidado, alinhado à Reforma Psiquiátrica e aos direitos humanos (Brasil, 2011; da Costa et al., 2018; Machado et al., 2020).

Entretanto, assim como a Reforma, a institucionalização do CAPS AD não elimina contradições: ela as desloca para o cotidiano. Se, por um lado, os CAPS AD são criados para responder às demandas específicas relacionadas ao uso problemático de substâncias psicoativas, por outro, permanecem atravessados por disputas entre lógicas abstencionistas e proibicionistas e a ética da RD, entre o cuidado em liberdade e pressões por controle, entre o trabalho vivo em ato e a burocratização de práticas. A literatura mostra que, mesmo com avanços normativos, persistem práticas manicomiais em novos formatos, e a consolidação do

cuidado em liberdade depende de resistência permanente, formação das equipes, redes efetivas e compromisso institucional sustentado (Delgado, 2019; Delgado, 2020; Machado et al., 2020).

É aqui que a RAPS volta a aparecer como exigência concreta, não como desenho abstrato. A Portaria nº 3.088/2011, ao instituir a RAPS, reforça que o cuidado em saúde mental deve se efetivar em rede integrada, horizontal e complementar, deslocando a centralidade do CAPS para a centralidade da rede como produção de cuidado (Brasil, 2011). Em contextos como o do Amazonas, essa perspectiva torna-se ainda mais decisiva: vastidão territorial e longas distâncias exigem pensar o cuidado para além dos muros institucionais, valorizando conexões locais, redes comunitárias, pactuações intersetoriais e invenções cotidianas que sustentem a vida onde o Estado chega de forma intermitente. Nesse cenário, a rede não é somente estrutura: é relação, é circulação, é fluxo — e, muitas vezes, é também ausência que precisa ser enfrentada com invenção.

É por isso que, nesta cartografia, o CAPS AD não aparece apenas como unidade assistencial, mas como espaço político-pedagógico onde se produzem práticas comprometidas com cidadania, produção de saúde e enfrentamento às violências dirigidas a quem usa substâncias. Sustentar essa lógica implica recusar moralizações e reafirmar o cuidado em liberdade como princípio inegociável (Brasil, 2001; Amarante, 2009). E, ao mesmo tempo, implica reconhecer que o cuidado não se faz apenas no CAPS: ele se faz com usuários, familiares, gestão, trabalhadoras de outros pontos da rede e com a própria cidade — porque território não é cenário, é coautor.

Minha trajetória profissional e esta pesquisa se enraízam nessa aposta ética e política da Redução de Danos como fundamento do cuidado em saúde mental. A cartografia aqui proposta parte dos encontros no CAPS AD de Parintins, mas se expande, inevitavelmente, para além dele, rastreando afetos, tensões, deslocamentos e práticas que configuram modos de cuidar em um território atravessado por precariedades e potências. Em contextos ainda

marcados por lógicas proibicionistas e punitivas, é nas frestas do cotidiano — nos gestos silenciosos, nas escutas insistentes, nos vínculos improváveis, nas redes que se costuram onde a rede formal falha — que a RD emerge como política do sensível e como prática de resistência, sustentada pela invenção e pela recusa ao moralismo que historicamente orientou o cuidado às pessoas que usam drogas (da Fonseca, 2012; Passos & Souza, 2009; Santos et al., 2010).

É nesse ponto que esta Travessia retorna àquilo que, desde o início, sustenta a escrita: rio e território não são coisas separadas. A Reforma Psiquiátrica é margem e correnteza; a RD é afluente que altera a direção do cuidado; a RAPS é tentativa de conectar águas; e o CAPS AD é, ao mesmo tempo, porto e passagem. Ao seguir por essas margens, Brasil, Amazonas, RD, CAPS, rede, reconheço que o referencial teórico desta dissertação não opera como um “capítulo” que antecede o campo, mas como parte do próprio rio: ele corre junto, mistura águas, cria remansos e redemoinhos, abre novas perguntas, produz direção. E é desse entrelaçamento, entre política e território, entre história e cotidiano, entre norma e invenção, que a pesquisa se faz, não como descrição de um mundo já pronto, mas como acompanhamento das forças que atravessam quem cuida, quem é cuidado e quem pesquisa.

## **V Travessia — Amazônia: território líquido, redes e travessias do cuidado**

Se nas travessias anteriores acompanhei as margens políticas e éticas que sustentam esta pesquisa, nesta travessia o olhar se desloca para o território onde essas forças ganham corpo. Nenhum cuidado se produz fora do território que o sustenta. Assim como o rio depende das margens que o contêm e das águas que o alimentam, as práticas de saúde mental também emergem das condições geográficas, sociais, culturais e afetivas que atravessam o lugar onde se realizam.

Habitar a Amazônia é, antes de tudo, aprender que o território não é fixo.

Ele pulsa.

Ele se move.

Ele respira no ritmo das águas.

O estado do Amazonas, localizado na Região Norte do Brasil, constitui o maior território estadual do país, com 1.559.161,682 km<sup>2</sup>, correspondendo a aproximadamente 18% do território nacional. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2023), sua população é estimada em 3.941.175 habitantes distribuídos em 62 municípios, com densidade demográfica média de 2,5 habitantes por quilômetro quadrado. Esses números revelam um território imenso, marcado por grandes vazios demográficos, extensas áreas de floresta e uma rede de ocupação historicamente estruturada ao longo dos rios, principais eixos de circulação e comunicação na região (Bartoli, 2021).

A Amazônia, entretanto, não pode ser compreendida apenas por suas dimensões geográficas. Trata-se de um território composto por múltiplas amazônias. Como apontam Schweickardt et al. (2016), a região constitui um mosaico de realidades sociais, históricas e culturais que expressam diferentes modos de viver, produzir e cuidar. Entre cidades, comunidades ribeirinhas, territórios indígenas e áreas de floresta, coexistem formas diversas de organização da vida, marcadas por uma economia híbrida, pela mobilidade fluvial e pela profunda relação entre natureza e existência social (El Kadri et al., 2019).

Nesse contexto, os rios não são apenas elementos da paisagem.

Eles são caminho.

São memória.

São condição de vida.

No Baixo Amazonas, a água organiza o território, regula o tempo e define os encontros. Como apontam Schweickardt, Soares e colaboradores (2021), a região é atravessada pelo que os autores denominam território líquido, uma configuração espacial na qual as relações sociais, econômicas e institucionais se estruturam a partir dos fluxos das águas. A cheia e a vazante

redesenham caminhos, isolam comunidades, reconfiguram rotas e produzem outras formas de sociabilidade.

Nesse território, deslocar-se não significa apenas percorrer distâncias.

Significa navegar.

Significa esperar o tempo do rio.

Significa compreender que o acesso a serviços, políticas públicas e redes de cuidado depende, muitas vezes, das condições da água, do clima e das embarcações disponíveis.

O próprio Sistema Único de Saúde, quando chega à Amazônia, precisa aprender a navegar.

Embora a Constituição Federal de 1988 tenha instituído o SUS como sistema universal, regionalizado e hierarquizado, a concretização desse princípio enfrenta obstáculos específicos na região Norte. As longas distâncias, a precariedade da infraestrutura e a dispersão populacional dificultam a fixação de profissionais e a oferta de serviços especializados fora das capitais (Garnelo, Sousa & Silva, 2017).

Assim, o acesso à saúde na Amazônia se constrói em travessias, muitas vezes longas, incertas e atravessadas por desigualdades históricas. Cerca de 46% das regiões de saúde da Região Norte apresentam baixos índices de desenvolvimento humano e infraestrutura sanitária insuficiente frente às necessidades locais. A concentração dos serviços de maior complexidade em Manaus cria uma dependência estrutural das populações do interior, que precisam se deslocar por dias de barco para acessar determinados cuidados (Garnelo et al., 2017).

Nesse cenário, a regionalização da saúde emerge como estratégia fundamental para reduzir desigualdades e aproximar o cuidado dos territórios. Contudo, no Amazonas, essa política ainda enfrenta limites estruturais importantes. A centralização administrativa, a baixa autonomia financeira dos municípios e as assimetrias institucionais dificultam a construção de redes regionais efetivas e colaborativas (Garnelo et al., 2017).

É nesse contexto que experiências como as Unidades Básicas de Saúde Fluviais ganham relevância. Ao deslocar o serviço até o território, e não o contrário, essas iniciativas reconhecem que o cuidado precisa acompanhar a lógica do rio. A UBS Fluvial Igarapu, implantada em Borba (AM) em 2013, representa um exemplo dessa inovação institucional, articulando atenção básica às dinâmicas ribeirinhas e às sazonalidades do território (El Kadri et al., 2019).

Mais do que estratégia logística, trata-se de uma mudança de perspectiva: o rio deixa de ser obstáculo e passa a ser caminho de cuidado.

O Baixo Amazonas: redes, fluxos e territorialidades

Dentro desse vasto território, a Região de Saúde do Baixo Amazonas constitui um importante eixo de articulação regional. Com aproximadamente 68 mil km<sup>2</sup> e formada pelos municípios de Parintins, Barreirinha, Boa Vista do Ramos, Maués e Nhamundá, essa região se organiza em torno do rio Amazonas, um dos principais sistemas hidrográficos do planeta (Bartoli, 2021).

A população estimada gira em torno de 260 mil habitantes, sendo Parintins o município mais populoso, com cerca de 115 mil moradores (IBGE, 2023). Apesar da baixa densidade demográfica média, observa-se forte concentração populacional nas sedes urbanas, especialmente em Parintins, que se consolidou como polo econômico, cultural e logístico do Baixo Amazonas (Bartoli, 2021).

Mas compreender essa região exige ir além dos números. É preciso olhar para as redes que sustentam a vida.

Como destaca Bartoli (2021) e (Bartoli, Schor & Oliveira (2021), o território amazônico se organiza por meio de sistemas territoriais urbano-ribeirinhos, redes que conectam cidades, comunidades e rios em circuitos de trocas materiais, culturais e afetivas. Nessas redes, as cidades funcionam como nós intermediários que articulam fluxos entre comunidades ribeirinhas e centros urbanos maiores, como Manaus e Santarém.

Parintins ocupa posição central nessa trama. Ela distribui mercadorias, serviços e políticas públicas, mas também recebe da floresta, dos rios e das comunidades produtos, saberes e modos de vida. Esse movimento contínuo produz o que Bartoli, Schor & Oliveira (2020) denominam territorialidades híbridas, nas quais economia popular, práticas tradicionais e circuitos mercantis coexistem em permanente negociação.

Ao mesmo tempo, essas redes revelam desigualdades históricas. A implantação da Zona Franca de Manaus, em 1967, intensificou a concentração de investimentos na capital e reforçou a dependência econômica dos municípios do interior (Bartoli, Schor & Oliveira, 2020). Como consequência, muitas cidades amazônicas permanecem com economias urbanas incompletas, dependentes de fluxos externos para abastecimento e escoamento da produção.

Mesmo assim, nas margens dos rios persistem formas próprias de viver, produzir e cuidar.

Formas que resistem.

Formas que reinventam o território diariamente.

### **Território líquido: quando o rio organiza a vida**

No Baixo Amazonas, o território se reorganiza constantemente conforme o pulso das águas. A cheia e a vazante transformam caminhos, aproximam ou afastam comunidades e redefinem as rotas de circulação. Esse movimento permanente produz uma configuração espacial marcada pela fluidez, pela mobilidade e pela interdependência entre natureza e sociedade (Schweickardt et al, 2021).

Nesse território, o tempo não é o tempo do relógio.

É o tempo do rio.

O tempo da cheia.

O tempo da vazante.

O tempo da travessia.

É nesse compasso que a vida cotidiana se organiza: atividades produtivas, deslocamentos, encontros e práticas de cuidado são continuamente modulados pelas águas.

Pensar políticas públicas nesse contexto exige reconhecer essa dinâmica. O cuidado não acontece apenas nos serviços; ele acontece no percurso, na embarcação, na comunidade e nas relações que se estabelecem nas travessias.

Assim, redes de cuidado se constroem não apenas a partir das instituições formais, mas também por meio de relações comunitárias, saberes tradicionais e práticas locais que muitas vezes escapam às estatísticas oficiais. Parteiras, agentes comunitários, pajés, lideranças locais e familiares compõem essas redes vivas de cuidado que sustentam a saúde nas margens do rio (Schweickardt et al., 2021).

Na Amazônia, essas potências estão nas águas.

Estão nas comunidades.

Estão nos encontros.

### **Parintins: território encantado**

Se o Baixo Amazonas é território líquido, Parintins é um de seus portos mais pulsantes.

Localizada na Ilha Tupinambarana, às margens do rio Amazonas, a cidade se consolidou como polo urbano-ribeirinho estratégico, articulando fluxos econômicos, culturais e institucionais na região (Bartoli, 2021).

Mas Parintins não é apenas um ponto no mapa.

Ela é também território de afetos.

Território de cantos.

Território de encantarias.

O Festival Folclórico de Parintins, reconhecido como patrimônio cultural brasileiro pelo IPHAN em 2018, constitui uma das expressões mais intensas da identidade amazônica.

A disputa simbólica entre os bois Caprichoso e Garantido transforma a cidade em um espaço de produção cultural, memória e pertencimento (Campos, 2021).

Durante o festival, o território se metamorfoseia.

As ruas se vestem de azul e vermelho.

As casas se tornam extensão dos bois.

As toadas ecoam como narrativas coletivas que celebram a natureza, a ancestralidade e a vida amazônica.

Uma dessas toadas afirma:

“É um balanço que imita o banzeiro e tem cheiro de beira de rio.”

O verso traduz, em linguagem poética, aquilo que a análise territorial revela: o movimento das águas estrutura a experiência cotidiana. O banzeiro, ondulação provocada pelas embarcações, torna-se metáfora de um território que se move e afeta aqueles que nele habitam.

E a toada continua:

“Sou afro, ameríndio, caboclo, mestiço, eu sou a própria miscigenação.”

Nesse verso se expressa a formação histórica da Amazônia. O território amazônico é resultado de encontros entre povos indígenas, populações africanas, migrantes nordestinos e diferentes grupos sociais que, ao longo do tempo, produziram territorialidades híbridas e identidades múltiplas.

As toadas, nesse sentido, não apenas narram o território — elas o produzem simbolicamente.

Quando se canta:

“Nossa festa é de Boi-Bumbá, nosso ritmo é quente, amazonense” afirma-se também um modo de existir. Um modo de habitar o território e de reconhecer-se parte de uma coletividade atravessada por rios, histórias e afetos.

O festival, portanto, não é apenas espetáculo cultural. Ele constitui um momento de intensificação do território. A cidade reorganiza seus fluxos, amplia seus encontros e reafirma pertencimentos coletivos.

Nesse movimento, Parintins se revela como território vivido, sensível e profundamente relacional.

Território, cuidado e cartografia

Para esta pesquisa, compreender o território amazônico não significa apenas contextualizar o campo empírico. Significa reconhecer que as práticas de cuidado em saúde mental são atravessadas por essas dinâmicas territoriais.

No Baixo Amazonas, o cuidado também é líquido.

Ele atravessa rios.

Ele depende de redes.

Ele se reinventa diante das distâncias.

O CAPS AD de Parintins emerge nesse cenário como um ponto de encontro entre políticas públicas, trajetórias individuais e forças do território. Mais do que um serviço, ele se constitui como espaço onde se cruzam histórias de vida, experiências de sofrimento, práticas de cuidado e disputas políticas sobre os modos de lidar com o uso de substâncias.

Assim como os rios amazônicos, o cuidado ali não segue um curso linear.

Ele se faz nas travessias.

Nos encontros.

Nos desvios.

Nos remansos.

E é justamente nesse território — fluido, múltiplo e profundamente vivo — que esta cartografia continua seu percurso.

As águas seguem correndo.

E é nelas que esta pesquisa navega.

Nesse sentido, falar de um CAPS AD no interior do Amazonas exige deslocar o olhar de uma ideia de serviço como estrutura estável para compreendê-lo como nó de uma rede que é, ela própria, líquida. Um nó atravessado por fluxos: de pessoas, de demandas, de encaminhamentos, de afetos, de crises, de festas, de ausências e de presenças. Um nó que se conecta ao rio e à cidade, ao sistema formal do SUS e às tramas informais de cuidado que sustentam o cotidiano nas margens.

Ao chegar a Parintins, o CAPS AD não se apresentava apenas como “um lugar” a ser descrito — prédio, equipe, número de atendimentos, fluxos administrativos. Ele se desenhava como território de encontros. E encontros, na cartografia, não são detalhes: são acontecimentos. Eles compõem o que se move entre corpos, o que atravessa as relações, o que faz o cuidado existir como ato e não como enunciado.

Porque o território líquido não atravessa somente o deslocamento físico. Ele atravessa também a forma como as políticas chegam, como se materializam — ou não — nos cotidianos. A regionalização da saúde, por exemplo, desenha no papel fluxos e referências. Mas, na prática, o cuidado se faz muitas vezes por arranjos locais, por alianças entre trabalhadoras, por pactuações informais, por estratégias inventadas no dia a dia para que alguém não fique sem acolhimento, sem escuta, sem vínculo. É nesse entre — entre o prescrito e o vivido — que o CAPS AD se constitui como território vivo.

E foi justamente por isso que, ao escolher Parintins como campo, eu sabia — mesmo sem formular ainda com clareza — que cartografar o cuidado ali exigiria acompanhar não apenas atendimentos, mas os percursos: quem chega e como chega; quem não chega e por quê; o que se sustenta no vínculo; o que se perde no caminho; o que se inventa quando faltam recursos; o que se fortalece quando há rede; o que se reorganiza quando o território impõe seus ritmos.

Cartografar, então, passou a ser acompanhar os movimentos.

Os remansos e os banzeiros do cotidiano do serviço.

O modo como as águas do território atravessam as práticas.

O modo como trabalhadoras e usuários produzem, juntos, modos de cuidar e de existir em um cenário onde nada permanece igual por muito tempo — nem o rio, nem a cidade, nem a vida.

Por isso, esta travessia agora se aproxima do CAPS AD de Parintins não para fixá-lo em uma descrição estática, mas para acompanhá-lo como um campo de forças. Um campo onde a política pública se encontra com a cultura local, onde o cuidado se mistura às redes comunitárias, onde a festa e a crise podem habitar a mesma semana, onde o território também canta — e, às vezes, silencia.

Assim, antes de entrar nas cenas do cuidado e nas produções em ato que atravessam este estudo, é preciso apresentar o CAPS AD em sua materialidade e em sua inserção territorial: sua história de implantação, sua posição na rede local, sua relação com outros serviços e com a cidade, suas formas de funcionamento e, sobretudo, os modos pelos quais ele se torna, no Baixo Amazonas, um lugar onde o cuidado tenta se manter em fluxo.

É para esse território — ao mesmo tempo institucional e vivido — que seguimos agora.

## **VI Travessia — O CAPS AD de Parintins: onde o cuidado ganha corpo**

É nesse território de águas móveis que o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas de Parintins passa a ganhar contornos nesta cartografia.

Inaugurado em outubro de 2021, o CAPS AD constitui um marco recente na rede de saúde mental do interior do Amazonas. Até então, os serviços especializados voltados ao cuidado de pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas estavam concentrados em poucos municípios do estado, entre eles o CAPS AD III de Manaus,

implantado em 2015, e o CAPS AD do município de Manacapuru, inaugurado em 2012. A criação do serviço em Parintins representa, portanto, não apenas a abertura de um equipamento de saúde, mas a ampliação de possibilidades de cuidado em uma região marcada por distâncias geográficas, fluxos fluviais e redes institucionais ainda em consolidação.

Localizado na Estrada do Parananema, na Comunidade São Pedro do Parananema, o serviço se insere em um território que já revela, por si só, algumas das singularidades do cuidado na Amazônia. O acesso ao CAPS AD não ocorre por transporte público regular. Chega-se ao serviço por meio de veículos próprios, caronas, motocicletas ou pela van disponibilizada pela própria equipe, que frequentemente se transforma em extensão do cuidado. O deslocamento, nesse contexto, deixa de ser apenas logística e passa a fazer parte da própria experiência do encontro.

É nesse espaço — entre estrada, rio, cidade e território — que o cuidado começa a se desenhar.

Mais do que um prédio ou um serviço formal da Rede de Atenção Psicossocial, o CAPS AD de Parintins se constitui como lugar de encontros. É ali que trajetórias de vida atravessadas por diferentes formas de sofrimento se encontram com trabalhadoras que, cotidianamente, inventam modos de sustentar o cuidado em meio às condições concretas do território.

Participam desta cartografia as trabalhadoras do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) do município de Parintins, que, em seu fazer cotidiano, produzem o cuidado em ato. Inicialmente, o foco desta investigação estava direcionado às trabalhadoras do serviço, buscando compreender os modos de cuidado que se produzem no cotidiano do CAPS AD a partir de suas experiências, práticas e reflexões sobre o trabalho em saúde mental.

No entanto, como toda cartografia, o percurso da pesquisa não permaneceu fixo ao plano inicial. À medida que o campo foi sendo habitado, os encontros passaram a produzir deslocamentos. As histórias contadas pelas trabalhadoras e também pelos usuários do serviço

começaram a atravessar o processo de investigação, ampliando o território da pesquisa. A vivência cotidiana no CAPS AD — participando de reuniões de equipe, acompanhando atendimentos, atividades coletivas, conversas de corredor e acontecimentos do serviço — fez com que o diário de campo se transformasse, pouco a pouco, em um verdadeiro livro de histórias a serem contadas.

São histórias narradas pelas trabalhadoras e pelos usuários do CAPS AD de Parintins, e é a partir delas que escrevo. São essas vidas que me puxam para dentro do campo e fazem o cuidado aparecer em sua forma mais concreta: em ato. Conto essas histórias não para fixá-las, mas para acompanhá-las em movimento, como quem segue fios que se entrelaçam. Escrevo como aprendiz de cartógrafa, deixando-me afetar pelo que emerge no encontro — pelo que é dito e também pelo que escapa às palavras, pelo que se passa nos gestos, nos silêncios, nos risos breves.

É a partir dessas narrativas que se tornam visíveis os desejos que atravessam o trabalho, as afetações que mobilizam as trabalhadoras e os modos de cuidar que se inventam no cotidiano do CAPS AD. As histórias operam, aqui, como dispositivos de pensamento: não explicam, não representam, fazem ver.

Nesse sentido, diferentemente de pesquisas que tomam sujeitos apenas como informantes, esta investigação se constrói a partir de uma lógica de composição. As trabalhadoras e usuários não aparecem como objetos de análise, mas como participantes de um processo coletivo de escuta, reflexão e produção de saberes. A cartografia, ao tensionar a separação entre sujeito e objeto, entre pesquisadora e pesquisadas, convida a acompanhar aquilo que se produz no entre — nas conversas de corredor, nas reuniões de equipe, nos atendimentos compartilhados, nas inquietações e nas invenções que emergem no cotidiano do serviço. Como apontam Passos e Barros (2009), cartografar implica acompanhar processos em

movimento, reconhecendo que o conhecimento não se produz fora das relações, mas no interior delas.

Assim, esta pesquisa se constrói a partir do encontro.

A participação das trabalhadoras e usuários ocorre de forma voluntária, sustentada pelo vínculo estabelecido ao longo do percurso e pela disposição para o diálogo. Mais do que responder perguntas previamente definidas, trata-se de compartilhar experiências, afetos e reflexões sobre o trabalho e sobre os modos de cuidar que se produzem naquele território.

Nesse processo, meu lugar como pesquisadora não se sustenta na neutralidade. Ao contrário, trata-se de um corpo implicado, atravessado pela própria história de trabalho na saúde mental e pelos encontros que constituem este campo. Cartografar, aqui, significa reconhecer que pesquisar é também deixar-se afetar, pelas histórias, pelas tensões institucionais, pelas potências do cuidado e pelos limites que atravessam o cotidiano do serviço.

Os encontros realizados ao longo da pesquisa foram conduzidos com o cuidado de preservar a confidencialidade das falas e o anonimato das participantes, respeitando a singularidade das experiências compartilhadas.

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM), sob o CAAE nº 92129525.5.0000.5020, seguindo as diretrizes estabelecidas pela Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas em Ciências Humanas e Sociais.

Mais do que um procedimento institucional, o cuidado ético nesta cartografia também se expressa na responsabilidade com o campo: escutar com respeito, sustentar o vínculo e devolver ao território algo do que foi construído coletivamente ao longo do percurso.

Porque, nesta pesquisa, conhecimento também é relação.

E toda relação exige cuidado.

## **VII Travessia — Imersão no campo: quando as águas se aprofundam**

Se nas travessias anteriores acompanhei o nascimento deste rio, chega o momento em que as águas finalmente encontram o campo em sua materialidade. Nenhuma cartografia se sustenta apenas na preparação do percurso. É preciso molhar o corpo. É preciso mergulhar no rio.

O campo não se apresenta como um território neutro esperando ser observado. Ele convoca, atravessa, desloca. Chegar novamente em Parintins é como reencontrar um abraço antigo — desses que reconhecem a gente pelo jeito de andar. Há algo na cidade que acolhe: o calor das ruas, o som constante das motos, o movimento de quem vai e vem carregando o peso e a beleza da vida cotidiana. Desta vez, no entanto, a travessia ganha outro ritmo. Não se trata mais de uma passagem breve. Tempo de mergulho.

O mototáxi que me leva até o CAPS AD vai me apresentando a cidade enquanto atravessamos as ruas sob o calor forte, ainda pela manhã. Entre uma rua e outra, fala sobre o movimento econômico de Parintins e sobre como as oportunidades de trabalho se intensificam nos períodos festivos, especialmente durante o Festival Folclórico de Parintins, a Alvorada do Boi Garantido e o Carnaval. Conta que, nesses momentos, a cidade se transforma, as ruas ganham outro ritmo e surgem diferentes possibilidades de geração de renda. “Nessa época, só não ganha dinheiro quem é preguiçoso”, afirma. Sua fala, porém, também deixa entrever o outro lado dessa dinâmica: fora do calendário das grandes festas, conseguir trabalho e garantir renda torna-se muito mais difícil, revelando como os ciclos festivos atravessam não apenas a cultura e a identidade parintinense, mas também as condições concretas de vida e sobrevivência de quem habita a cidade.

Enquanto escuto, lembro das análises de Bartoli sobre os ciclos econômicos da região e a dependência histórica da capital para escoamento da produção e acesso a bens industrializados. O que o mototaxista me conta e o que os autores escrevem começam a se costurar. A vida aqui pulsa em ciclos — entre a fartura das festas e a escassez que vem depois (Bartoli, 2021; Bartoli, Schor & Oliveira, 2020).

Viver a cidade também é experimentar seus modos próprios de circulação. Por aqui, andar de moto sem capacete não é exceção. É regra. Capacete parece artigo de luxo. Confesso que sinto medo, mas sigo. O vento no rosto, o barulho do motor e, vez ou outra, o rio que aparece no horizonte lembram que o corpo também pesquisa. O corpo sente, registra, aprende.

Ao chegar no CAPS AD, sou recebida pela equipe com afeto e cuidado. O café da manhã já está servido e os pacientes começam a chegar na van do serviço, que percorre diferentes pontos da cidade. O CAPS fica distante do centro urbano e o acesso a pé é difícil. O café, nesse contexto, é mais do que alimento. É encontro.

Logo depois acontece a acolhida do dia: uma roda de conversa conduzida por uma trabalhadora ou estagiárias. Em alguns dias há propostas previamente preparadas, pode ser uma música escolhida para iniciar a conversa ou uma frase disparadora. Em outros momentos, a roda simplesmente se abre para aquilo que emerge do encontro. As conversas não seguem um roteiro rígido; elas se constroem a partir da vida que chega naquele dia — das histórias, das inquietações e dos acontecimentos que atravessam os usuários e as trabalhadoras.

No meu segundo dia no CAPSAD, durante o café da manhã, uma senhora me olha curiosa e pergunta:

— A senhora começou hoje?

Respondo que não, que é meu segundo dia naquele período, mas que frequento o CAPS AD há alguns anos e que estou retornando para acompanhar o trabalho do serviço. Ela sorri e me deseja boas-vindas.

Durante a roda de conversa, volta a falar comigo:

— A senhora é escritora? Porque está sempre com um caderninho escrevendo...

Penso em negar. Não sou escritora. Ou talvez seja. Depois de alguns segundos respondo:

— Sou sim. Uma escritora de histórias. Quero escrever o que acontece aqui, o que as pessoas têm pra dizer sobre o CAPS AD de Parintins.

Um dos usuários completa com voz tranquila me diz para escrever o que eles estão falando — “escreve isso aí também”.

— Aqui eu me sinto como uma família. Aqui eu fico bem, fico alegre...

Essa frase — “escreve isso aí também” — reverbera no campo para além daquele instante. Não se tratava apenas de um comentário casual, mas de um gesto de convocação. Havia ali um desejo de inscrição, de que aquelas histórias não se perdessem, de que pudessem alcançar outros olhares. Ao longo da conversa, ele explicita esse movimento: queria que sua história fosse contada, que outras pessoas soubessem de sua trajetória e de como se sentia bem no serviço. O “escreve isso aí também” emerge, assim, como expressão de uma vontade de visibilidade, de reconhecimento e de existência — um pedido para que aquele território, aquelas vidas e aquele cuidado pudessem, de alguma forma, permanecer.

Outro usuário emenda:

— Aqui é mais do que família. Aqui eu consigo desabafar tudo. Tirar aquele nó que fica na garganta. As coisas que não consigo dizer em casa, aqui eu consigo. Ninguém fica com a cara dura por aqui. Escreve isso também.

Nesse momento compreendo algo fundamental para esta cartografia: o texto não é apenas meu. Ele começa a ser escrito com eles.

As histórias vão surgindo entre cafés, risadas e silêncios. Cada fala abre uma fresta entre o vivido e o narrado. As palavras que registro no caderno são menos descrições do que tentativas de acompanhar aquilo que se produz nos encontros.

Escrever torna-se, assim, uma forma de escutar.

E, talvez, também uma forma de cuidar.

É nesse plano que a cartografia começa, de fato, a se fazer campo.

Porque cartografar não é aplicar um método sobre a realidade. É acompanhar aquilo que emerge no encontro. É estar presente nas atividades, nas conversas de corredor, nas oficinas, nos silêncios, nos pequenos gestos que compõem o cotidiano do serviço.

Meu lugar no campo passa a ser esse: estar junto.

Participar das rodas de conversa, das oficinas, dos almoços coletivos, dos jogos de futebol, das atividades de artesanato. Circular pelos espaços do serviço. Conversar com usuários, familiares, trabalhadoras e gestores. Escutar histórias que surgem sem roteiro.

O diário de campo torna-se, pouco a pouco, um arquivo de vidas.

Não apenas registros técnicos, mas fragmentos de histórias que revelam como o cuidado se produz naquele território. Histórias que atravessam usuários, profissionais, a cidade e a própria pesquisadora.

Histórias que fazem aparecer o cuidado em ato.

É a partir delas que esta travessia segue.

Porque quando o campo convoca, a cartografia precisa escutar.

E seguir.

## **VIII Travessia — Histórias que podem escrita**

### **Histórias que podem escrita: vozes, memórias e escuta no CAPS AD**

No cotidiano do CAPS AD, entre um café e outro, entre uma atividade de grupo e uma conversa que se alonga sem pressa, as histórias começam a aparecer. Elas não chegam como entrevistas formais nem como relatos organizados. Surgem nos intervalos, nas rodas de acolhida, nas oficinas, nas conversas de corredor, nos momentos em que alguém decide falar de si enquanto segura uma xícara de café ou espera o início de uma atividade.

Aos poucos percebo que o campo não se deixa compreender apenas pelas práticas institucionais ou pelas categorias analíticas que eu trazia comigo. Ele se revela nas histórias.

Algumas chegam como confidências. Outras aparecem como fragmentos — pedaços de vida narrados entre risadas, silêncios ou lembranças difíceis de sustentar. Há histórias de trabalho, de família, de perdas, de racismo, de pobreza, de encontros com a droga, com a dor e

também com a possibilidade de recomeçar. Histórias que muitas vezes não cabem nos prontuários nem nas categorias diagnósticas que organizam o campo da saúde mental.

É nesse movimento que meu caderno de campo vai se transformando em um arquivo de vidas.

Trabalhar em CAPS é também habitar um território de histórias. Ao longo dos anos como terapeuta ocupacional na saúde mental, escutei muitas delas — histórias atravessadas por dores profundas, mas também por gestos inesperados de cuidado, resistência e reinvenção da vida. Não são poucas as vezes em que amigos me dizem que eu deveria escrever um livro, porque carrego comigo muitas histórias para contar. Talvez um dia esse livro exista.

No entanto, esta dissertação não pretende reunir essas narrativas como memórias ou testemunhos apartados do percurso da pesquisa. As histórias que emergem nas páginas seguintes são tomadas como parte do próprio movimento cartográfico, na medida em que os encontros, as narrativas e as afetações produzidas no campo operam como dispositivos capazes de deslocar o olhar, produzir questões e tornar visíveis dimensões do cuidado que poderiam permanecer imperceptíveis. Não se trata, portanto, apenas de contar histórias que ouvi ou acompanhei, mas de compreender o que elas fizeram produzir no campo e em mim enquanto pesquisadora. Algumas narrativas interromperam certezas, tensionaram modos de compreender o cuidado e fizeram emergir questões que passaram a compor os caminhos desta cartografia. É nesse sentido que peço licença ao leitor para trazê-las ao texto: não como ilustrações dos achados da pesquisa, mas como acontecimentos que participaram da própria produção do conhecimento.

As histórias aqui narradas carregam vidas e encontros concretos, mas chegam ao texto atravessadas pelo compromisso ético de preservar aqueles que os compartilharam comigo. Por essa razão, todos os nomes utilizados neste capítulo são fictícios.

A história que apresento a seguir é a história de Mariana, e que, de muitas formas, atravessa os caminhos desta cartografia.

**Mariana: uma história que atravessa a pergunta sobre o sucesso no CAPS**

Durante uma roda de conversa realizada com a equipe do CAPS AD de Parintins, surgiu uma pergunta que frequentemente atravessa os serviços de saúde mental e ecoa também no imaginário social: “*Tem alguém que se recupera no CAPS?*”. A provocação abriu um campo de reflexão entre os trabalhadores e, em meio às falas, outra pergunta começou a pairar no espaço coletivo: o que, afinal, seria um “caso de sucesso”?

Foi nesse contexto que compartilhei com a equipe a história de Mariana.

Por cerca de sete anos, fui terapeuta de referência de Mariana, uma mulher trans acompanhada no CAPS AD do município de Manaus. Mariana vinha de uma família de classe média alta, mas os atendimentos revelavam uma experiência profunda de não pertencimento. Em casa, insistiam em chamá-la pelo nome de registro, Pedro, recusando-se a reconhecer sua identidade. Aos olhos da família, Mariana era descrita apenas como “drogada”, “desviante de Deus” e como um problema que manchava o nome familiar.

Nos encontros no CAPS, individuais e coletivos, procurávamos reconstruir, juntas, outras narrativas possíveis sobre quem ela era para além dessas marcas. Mariana era uma mulher cheia de talentos e delicadezas. Amava cozinhar, sobretudo fazer bolos, e tinha grande habilidade como cabeleireira e esteticista. Gostava de cuidar das pessoas, e essa dimensão de cuidado aparecia frequentemente quando falávamos sobre seus desejos e projetos de vida.

Nosso primeiro encontro, no entanto, foi atravessado por um episódio de constrangimento que se tornaria também o início de um vínculo.

Naquele período, o CAPS AD ainda não havia sido implantado em Manaus, e os atendimentos eram realizados no Serviço de Atendimento Psicossocial (SAP), que, entre 2014 e 2015, funcionou como espaço de “atendimento” para pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas. Tratava-se de uma estrutura bastante limitada: três salas, um pequeno ambiente adaptado como recepção e um corredor que, muitas vezes, também se tornava lugar de espera, circulação e encontros. No plantão de acolhimento, recebi a ficha preenchida com o nome de registro, Pedro, e, sem saber da situação, chamei pelo nome na recepção. Duas mulheres se levantaram. Uma delas me olhou com desconfiança e irritação. Confusa, repeti o chamado. Foi então que ela respondeu que era ela.

Ao entrarem na sala, perguntei diretamente qual era o seu nome. Antes que pudesse responder, sua mãe interrompeu: “Pedro”. Repeti a pergunta olhando para ela. Em voz baixa, misturando vergonha e raiva, disse: “Meu nome é Mariana”.

Peguei a ficha, risquei o nome de registro e escrevi Mariana. Pedi desculpas e garanti que naquele espaço ela jamais seria chamada por outro nome. Ao longo da consulta, sua mãe referia-se a ela como “ele”, afirmando repetidamente que Mariana era “o desgosto da família”. Ao final, perguntei: “Quem é esse ‘ele’ de quem você tanto fala? Porque, nesta sala, eu só vejo três mulheres”. Mariana levantou o olhar e sorriu discretamente. Foi ali que, acredito, nosso vínculo começou.

Mariana tinha cerca de quarenta anos, vinha de uma família católica e frequentemente relatava a dor de ser comparada à irmã, médica, considerada o orgulho familiar. Apesar disso, era Mariana quem cuidou do pai durante sua doença e quem permanecia ao lado da mãe no cotidiano. Ainda assim, o reconhecimento nunca vinha.

A vida de Mariana era atravessada por situações de intensa vulnerabilidade. Trabalhava como profissional do sexo à noite e utilizava o dinheiro para sustentar o uso compulsivo de crack, sua droga de preferência. Frequentemente relatava se colocar deliberadamente em situações de risco, brigas na rua, conflitos na bocada, situações violentas com clientes. Chegou inúmeras vezes ao CAPS AD com hematomas e ferimentos. Em alguns momentos dizia, com amargura: “Nem para morrer eu sirvo”. Falava de um “flerte com a morte”. Contava que já havia usado mais de vinte pedras de crack em uma única noite, buscando, de alguma forma, apagar a dor de existir em um mundo onde não se sentia reconhecida.

Os atendimentos eram frequentemente atravessados pela presença da mãe, que tentava interferir nas sessões e insistia para que eu dissesse à filha que “se vestir de mulher não estava certo”. Com o tempo, percebendo a impossibilidade de diálogo, pactuamos uma estratégia:

Mariana seria atendida sozinha, e os minutos finais seriam reservados para que a mãe falasse. Era uma forma de reduzir conflitos e preservar o espaço terapêutico.

Apesar das turbulências, Mariana raramente faltava aos atendimentos. Em diferentes momentos, permaneceu em acolhimento diurno e noturno na unidade. Foi nesse período que emergiu outro desafio: lidar com os preconceitos presentes dentro da própria equipe.

Trabalhar em um CAPS AD exige um permanente exercício de deslocamento. O contato cotidiano com o sofrimento intenso do outro nos convoca a rever certezas, crenças e moralidades. No entanto, nem todos conseguem deixar esses valores do lado de fora do serviço.

Quando Mariana precisava permanecer no acolhimento noturno, surgiam comentários como: “Ele vai ficar no alojamento masculino, certo?”. Minha resposta era sempre direta: ela ficará no alojamento feminino. Outras vezes, alguns trabalhadores diziam que “tentariam chamá-la de ela”. Eram momentos em que a disputa ética se fazia presente dentro do próprio serviço.

Felizmente, também havia colegas que sustentavam comigo essa posição e reconheciam Mariana como a mulher que ela era. Foram esses aliados que tornaram possível manter um cuidado ético e digno, permitindo que Mariana se vinculasse ao serviço.

A última lembrança que guardo dela é um bolo de chocolate.

Naquele dia, Mariana chegou ao CAPS AD radiante. Estávamos trabalhando em seu Projeto Terapêutico Singular (PTS), que incluía sua mudança para São Paulo, onde começaria a trabalhar em um salão de beleza. Ela havia conseguido recuperar seus instrumentos de trabalho — e, dessa vez, não os vendeu nem trocou por droga. Isso lhe dava uma sensação profunda de realização. Pela primeira vez, dizia sentir que poderia existir no mundo.

Foi ao CAPS para se despedir da equipe e levar o bolo que havia preparado.

Uma semana depois, recebemos a notícia de sua morte. Mariana foi encontrada nua, com diversos hematomas, em um terreno baldio da cidade.

Quando terminei de contar a história de Mariana na roda de conversa com a equipe do CAPS AD de Parintins, o silêncio tomou a sala. A pergunta que havia iniciado o encontro retornava agora com outra densidade: o que é, afinal, um “caso de sucesso” no CAPS?

A resposta parecia escapar de qualquer definição técnica e se aproximar das linhas sutis que tecem o vínculo e a construção de vidas possíveis de serem vividas. Foi nesse atravessamento que busquei na literatura outros ecos dessa inquietação e encontrei, em Melo (2020), uma ressonância potente. Em sua dissertação, a autora realiza um percurso sensível de aproximação ao cotidiano dos CAPS AD e mostra que as dificuldades de adesão ao tratamento não se resumem à falta de vontade ou disciplina dos usuários, mas emergem como expressão das fragilidades institucionais e das tensões ético-políticas que atravessam o campo da saúde mental.

O que comumente é nomeado como “não adesão” revela, na verdade, a inadequação de certos modos de cuidar — ainda marcados por práticas tecnicistas, relações verticalizadas e lógicas burocráticas que afastam o cuidado de seu sentido ético e relacional. Ao problematizar essas dinâmicas, Melo (2020) nos convida a deslocar o olhar: mais do que ausência de compromisso do usuário, a “não adesão” pode ser lida como sintoma de uma clínica que ainda insiste em normalizar e corrigir, em vez de acolher e acompanhar os sujeitos em sua singularidade.

Assim como Melo (2020), também percebo que a adesão não pode ser pensada como permanência linear ou como sucesso mensurável, mas como um movimento fluido, marcado por idas e vindas, encontros e desencontros — expressão da vida que pulsa entre o desejo e o sofrimento. Nessa direção, Fonseca (2012) e Souza (2007) nos ajudam a compreender que a Redução de Danos se coloca como uma ética do encontro, uma aposta na potência da vida, mesmo quando esta se dá entre ruínas, recaídas e resistências.

Para Fonseca (2012), trata-se de uma proposta ética-política que se desvia das normatividades da cura e da abstinência, abrindo espaço para um cuidado que se produz no entre — entre o querer e o poder, entre o possível e o impossível. Já Souza (2007) afirma que a Redução de Danos desloca o foco do controle da substância para o reconhecimento da singularidade dos sujeitos e de seus modos de viver, propondo uma clínica que se constrói na relação e que se orienta pela invenção, não pela prescrição.

Nesse horizonte, o “caso bem-sucedido” deixa de ser definido pelo abandono da droga ou pela estabilidade de trajetórias lineares. Ele passa a ser reconhecido no encontro que sustenta o vínculo, no gesto ético que insiste em cuidar, mesmo quando o outro não deseja — ou não consegue — corresponder às expectativas de cura socialmente estabelecidas. É na tessitura dessas relações, nas brechas do cotidiano do CAPS, que o cuidado se reinventa como resistência, produzindo novas possibilidades de existir, ainda que precárias, ainda que provisórias — mas sempre vivas.

Se o cuidado em saúde mental não se mede apenas pelos destinos alcançados, mas pelas travessias que se tornam possíveis, então talvez o sucesso não esteja em salvar vidas ou corrigir caminhos, mas em sustentar encontros onde alguém possa existir com seu próprio nome. E, nesse sentido, talvez o maior sucesso de um CAPS seja exatamente este: não desistir de acompanhar a vida enquanto ela acontece.

Se a história de Mariana nos convocou a perguntar o que significa um “caso de sucesso” no CAPS, a narrativa que surge em seguida desloca novamente essa pergunta. Em meio às conversas com a equipe, outras histórias começam a emergir — histórias que revelam não apenas os encontros que sustentam o cuidado, mas também os limites que atravessam o trabalho nos territórios amazônicos. Porque, se em alguns momentos o CAPS consegue sustentar vínculos e abrir possibilidades de existência, em outros o cuidado se vê interrompido por forças que ultrapassam o próprio serviço: distâncias geográficas, fragilidades da rede, conflitos de

saberes e condições de vida marcadas por vulnerabilidades profundas. É nesse campo de tensões que surge a história de Lucas.

### **Lucas: quando o cuidado se perde nas distâncias do território**

Durante uma das conversas com a equipe do CAPS AD de Parintins, uma das terapeutas, hoje afastada da função de referência para assumir a coordenação administrativa do serviço, compartilha comigo como esse deslocamento aconteceu. Conta que a antiga administrativa havia sido transferida para outra unidade e que o diretor lhe pediu para assumir a função, reconhecendo nela habilidades com informática, organização e escrita. Formada em Letras, fala com delicadeza sobre a importância da palavra. Diz que sempre gostou de escrever e que sonha publicar um livro intitulado *Memórias de uma terapeuta*.

Enquanto conversamos, ela comenta que muito do que aprendeu sobre o mundo veio da escuta dos usuários do serviço. Diz que o CAPS a atravessa todos os dias — mesmo agora, ocupando outra função. Em determinado momento, sua voz desacelera e os olhos marejam. Recorda-se de um caso que a marcou profundamente: o suicídio de um jovem acompanhado pelo serviço. Pede para me enviar um texto que escreveu sobre essa história. Quando pergunto o que sentiu, responde com voz embargada que chorou muito, mas que, dentro do possível, fez tudo o que podia.

Jovem de 22 anos, oriundo de uma comunidade rural do município de Parintins, Lucas chegou ao serviço encaminhado pelo hospital de emergência após um episódio de crise associado a uma tentativa de suicídio. No primeiro contato com a equipe do CAPS AD, demonstrava disponibilidade para iniciar o acompanhamento. O principal entrave, no entanto, não estava apenas na gravidade do sofrimento, mas nas condições concretas que atravessavam sua vida.

Após a estabilização clínica no hospital, os familiares interpretaram aquele momento como a resolução do problema. Segundo a terapeuta, a família teria dito: “*Olha, doutora, ele*

*está bem. Agora vamos voltar para o Tracajá.*” O retorno à comunidade marcou também a interrupção do cuidado.

Apesar das tentativas da equipe de manter o acompanhamento, a continuidade do tratamento revelou-se praticamente inviável. Lucas dependia integralmente da família para deslocar-se até a cidade. A distância geográfica, os custos do transporte e a própria compreensão familiar sobre o sofrimento tornaram o cuidado institucional extremamente frágil.

Algum tempo depois, a equipe recebeu a informação de que Lucas não retornaria ao serviço, pois estava “bem” e, a partir daquele momento, o cuidado seria conduzido exclusivamente pela igreja da comunidade. Um líder religioso teria orientado os pais a descartarem as medicações, afirmando que elas não seriam mais necessárias.

Esse episódio evidencia uma dimensão recorrente no trabalho em saúde mental nos territórios amazônicos: a coexistência — nem sempre pacífica — entre diferentes regimes de cuidado. Entre saberes biomédicos, práticas religiosas, tradições comunitárias e formas locais de lidar com o sofrimento, o cuidado se torna um campo de disputas simbólicas e políticas.

Com o passar do tempo, Lucas passou a ocupar, no pequeno vilarejo, um lugar marcado simultaneamente pelo medo e pela chacota. Em momentos de intensa desorganização psíquica, corria pelos campos enquanto moradores se trancavam em suas casas. Alguns adolescentes chegaram a transformar essas cenas em uma espécie de espetáculo cruel, como se participassem de uma “tourada”. Tudo era registrado em vídeos.

Nos raros momentos de maior lucidez, Lucas percebia com clareza o lugar que ocupava naquele cenário. Sentia-se humilhado, evitava sair de casa e reconhecia que havia se tornado alvo constante de zombaria. O que mais o feriu, segundo o relato da terapeuta, foi a ausência de empatia diante de seu sofrimento.

Esse sentimento aparece de forma pungente em um registro encontrado pela irmã em seu celular:

“Jesus, não está sendo fácil viver mais nesta vida... Eu não tenho vontade de fazer mais nada aqui nesse lugar. Toda vez que fico aqui acontece a mesma coisa. Me criticam, me chamam de doido, e eu tenho que guardar tudo isso no coração. Jesus, me ajuda. Eu não quero mais viver escondido dentro da minha casa, com vergonha. Deus, já tentei de várias formas, mas não consigo mais viver nesse lugar. Meu coração está precisando de Deus e eu quero ser feliz em um lugar onde eu me sinta bem. As pessoas daqui não sabem a luta que eu passo. Minha vida é triste. Eu preciso estar onde eu me sinta feliz.” (*Lucas, 22 anos*)

A história de Lucas convoca uma reflexão que ultrapassa a dimensão individual do sofrimento. Ela revela como o cuidado em saúde mental, especialmente em contextos amazônicos, é atravessado por desigualdades territoriais, barreiras de acesso, disputas de saberes e fragilidades das redes de proteção social.

Nesse caso, não foi apenas o sofrimento psíquico que interrompeu o cuidado. Foi também a distância geográfica, a dependência familiar para o deslocamento, a precariedade das políticas públicas nos territórios rurais e a força de outras narrativas de cuidado que disputam legitimidade com o campo da saúde mental.

O caso de Lucas nos lembra que, muitas vezes, o CAPS não enfrenta apenas o sofrimento psíquico, mas também os limites estruturais do próprio sistema de saúde e das condições de vida das populações que atende.

Ao final do relato, a fala da terapeuta também reverbera em mim e acende uma pergunta antiga: quem cuida de quem cuida?

Lembro-me dos casos que levei para casa, das lágrimas que segurei no consultório, do corpo cansado depois de escutar tantas histórias atravessadas por dor, abandono e violência simbólica. Ser terapeuta em um CAPS é também se expor ao sofrimento do mundo. É permitir

que essas histórias nos atravessassem, às vezes de forma silenciosa, pelas frestas do cotidiano, e nos transformem.

Trabalhar na saúde mental comunitária implica sustentar um lugar paradoxal: cuidar sabendo que nem sempre será possível evitar as perdas. Ainda assim, seguimos tentando, insistindo no cuidado, na escuta e no vínculo. Talvez porque, no fundo, trabalhar no CAPS também seja uma forma de resistência: a insistência em continuar cuidando, mesmo quando o mundo parece desistir.

A história de Lucas também nos convoca a refletir sobre como o sofrimento se inscreve nos territórios e nas condições concretas de vida. Em contextos amazônicos, marcados por extensões geográficas vastas, deslocamentos difíceis e acesso desigual às políticas públicas, o cuidado em saúde mental frequentemente depende de redes frágeis e descontínuas. Nessas condições, o acompanhamento não se sustenta apenas pela existência de um serviço, mas pela possibilidade real de chegar até ele. Assim, quando o território impõe barreiras — seja pela distância, pela dependência familiar para o deslocamento ou pela força de outras racionalidades de cuidado — o tratamento pode se tornar intermitente ou mesmo impossível. O suicídio, nesse cenário, não pode ser compreendido apenas como expressão de um sofrimento individual, mas também como efeito de múltiplas vulnerabilidades que atravessam a vida dos sujeitos e limitam suas possibilidades de cuidado e pertencimento social.

Se a história de Lucas nos colocou diante dos limites do cuidado quando atravessado pelas distâncias do território, outras narrativas que emergem nas rodas de conversa deslocam novamente o olhar. Nem sempre são as distâncias geográficas que tensionam o cuidado. Muitas vezes, são as marcas históricas e sociais que atravessam os corpos e produzem modos específicos de sofrer e de existir no mundo. Racismo, pobreza, trabalho precário e exclusão social não aparecem apenas como pano de fundo das histórias narradas no CAPS AD, eles

constituem parte das forças que produzem o sofrimento e que também moldam as trajetórias de cuidado. É nesse plano que emerge a história do Sr. Antônio.

### **Sr. Antônio: entre o álcool e as marcas do mundo**

É nesse plano que emerge a história do Sr. Antônio, narrada em uma das rodas de conversa, quando ele compartilha o quanto é difícil ser “moreno” — palavra que usa para falar de sua condição racial — e como percebe o tratamento diferenciado que recebe nos espaços que frequenta, em função da cor da pele e das vestimentas simples. No CAPS AD, diz ele, a experiência é outra: “aqui, nunca me trataram tão bem”. Pergunto-me se esse efeito não se produz justamente pela escuta que vai além da identidade de “alcoolista”. O próprio Sr. Antônio afirma que, ali, não é olhado como “bêbado”, mas como gente. Homem preto, de cinquenta e poucos anos, com o corpo marcado pelo trabalho e pela vida, ele narra sua trajetória entre a feira — vendendo cheiro-verde e jambo — e o garimpo, espaço onde viu muitos companheiros morrerem. “O que me restava, doutora? Beber.” Sr. Antônio talvez não nomeie sua experiência com os conceitos de racismo estrutural, desigualdade social ou capitalismo, mas seu corpo e sua fala carregam essas marcas de forma concreta, encarnada e incontornável.

A narrativa de Sr. Antônio faz ecoar a história de Tonho - personagem de *Becos da Memória, de Conceição Evaristo* - homem preto, trabalhador da construção civil e morador da favela. Em um dos trechos, Evaristo descreve que, em algumas semanas, Tonho levava doces e biscoitos para os filhos em vez de bebida — dias que, paradoxalmente, eram os mais difíceis, pois permanecia em casa “de garganta seca”, engolindo o ódio acumulado pela vida. Embriagado, ao menos, a dureza da existência parecia menos crua (Evaristo, 2017). Ao aproximar essas narrativas, a literária e a vivida no CAPS, não se busca comparação, mas ressonância. São histórias que se cruzam e revelam como o sofrimento social, o racismo e a exclusão atravessam corpos e trajetórias.

Essa ressonância me conduz ainda a outra memória de leitura que atravessou o campo: os escritos autobiográficos de Lima Barreto, produzidos durante suas internações psiquiátricas no início do século XX. Entre o vivido por Sr. Antônio no CAPS e as palavras de Barreto, há um intervalo de cerca de cem anos — intervalo que, no entanto, não rompe continuidades. O álcool aparece, mais uma vez, como explicação fácil, como causa nomeável do desvio, da loucura, daquilo que escapa à norma. Mas Barreto tensiona essa lógica ao perguntar por que apenas o álcool é convocado como fator de adoecimento, enquanto o amor — em suas múltiplas formas —, a riqueza, os títulos e as posições sociais permanecem intocados, naturalizados, isentos de suspeição.

Sua escrita expõe o véu que recobre os modos de produção do sofrimento, denunciando uma racionalidade médica e social que individualiza aquilo que é estrutural. Ao fazer esse deslocamento, Barreto não escreve apenas sobre si: ele cartografa um regime de saber-poder que atravessa corpos, instituições e discursos. Assim, ao colocar em vizinhança essas narrativas — a de Sr. Antônio, a de Tonho e a de Lima Barreto — não busco alinhar tempos ou personagens, mas seguir os fios que persistem. Fios que ligam álcool, pobreza, racismo, exclusão e sofrimento psíquico, e que encontram, no cuidado em liberdade, a possibilidade de serem escutados sem a pressa de fechar diagnósticos, sem o impulso de moralizar vidas, sem silenciar aquilo que insiste em dizer que a loucura, muitas vezes, é também uma resposta ao mundo.

Ao escutar a história do Sr. Antônio, torna-se difícil sustentar explicações simplificadoras que reduzem o sofrimento ao álcool. O que sua narrativa revela é um emaranhado de forças que atravessam sua vida: o racismo cotidiano, o trabalho duro, a precariedade das condições de existência e as formas silenciosas de exclusão que se acumulam ao longo do tempo. Nesse sentido, o álcool aparece menos como causa e mais como companhia possível diante de uma vida marcada por tantas durezas. Talvez seja justamente aí que reside a

potência do cuidado produzido no CAPS AD: não em reduzir histórias a diagnósticos ou comportamentos desviantes, mas em criar um espaço onde essas experiências possam ser escutadas em sua complexidade. Um lugar onde, antes de ser nomeado como “alcoolista”, alguém possa ser reconhecido como sujeito de uma história atravessada por múltiplas forças — e onde o sofrimento que o álcool tenta silenciar possa, finalmente, encontrar palavras.

Se a história do Sr. Antônio nos coloca diante das marcas do racismo, da pobreza e do trabalho duro como forças que atravessam o sofrimento e encontram no álcool uma forma possível de suportar a vida, outra narrativa que emerge no campo desloca novamente o olhar. Há histórias em que o sofrimento não se apresenta apenas como resposta às desigualdades sociais visíveis, mas como algo que se infiltra nos silêncios, nos corpos recolhidos, nas existências que parecem quase desaparecer no espaço coletivo. É nesse plano que surge Marcos, um jovem cuja presença, inicialmente silenciosa, começa a tensionar o campo de formas inesperadas.

### **Marcos: entre o silêncio e o mundo**

Outro caso que se inscreve no campo é o de Marcos, um jovem de cerca de vinte anos, cuja presença desloca silêncios. Antes de chegar ao CAPS AD, Marcos circulava por atendimentos ambulatoriais, marcado por diagnósticos de depressão, isolamento e tentativas de suicídio — um percurso organizado pela lógica biomédica e diagnóstica, que será problematizado em outro momento desta dissertação, quando me dedicarei a tensionar os limites do cuidado ambulatorial e suas formas de captura do sofrimento. Aqui, sigo o que se passa no encontro.

Em determinado momento, Marcos inicia o uso de drogas e é encaminhado ao CAPS AD. O encaminhamento parece operar como uma espécie de alívio institucional: agora há uma causa nomeável, um novo eixo explicativo - a droga. Menos um problema a ser enfrentado, ou

assim se faz parecer. No entanto, o que se produz no CAPS AD não se organiza a partir da substância, mas da vida que insiste em existir para além dela.

Meu primeiro encontro com Marcos me afeta. O mais jovem entre os usuários, cabeça baixa, corpo inteiro coberto por roupas longas apesar do calor intenso de Parintins, máscara escondendo o rosto, voz quase inaudível na roda de conversa. É preciso desacelerar, inclinar o corpo, sustentar o silêncio, para que algo do encontro aconteça.

No turno da tarde, durante a atividade de xadrez, Marcos se apresenta de outro modo: atento, concentrado, permanece sentado por todo o tempo e vence todas as partidas. Nas oficinas, surgem sorrisos discretos, gestos cuidadosos, um envolvimento que não é exigido, mas convidado. Sento ao seu lado e conversamos trivialidades da vida — conversas que não têm como finalidade “intervir”, mas simplesmente estar junto.

Ao final de uma dessas tardes, ele retira a máscara e pede para registrar aquele momento com uma foto. Um gesto simples, mas potente: autorizar-se a aparecer.

O deslocamento mais intenso acontece na quadra, durante a atividade de futebol. Marcos surge sem máscara, com as canelas descobertas, correndo, rindo alto. Não é um bom jogador, e isso não se torna um problema. É convocado pelos outros usuários e pela equipe: “isso, Marcos, chuta a bola”, “marca aquele ali”. O cuidado se produz ali, no reconhecimento, no incentivo, na aposta de que aquele corpo pode ocupar o espaço coletivo.

Quando o gol acontece, Marcos vibra, celebra, expande-se. O que se vê não é a superação de um sintoma, mas a invenção de um lugar possível para existir.

Converso com a equipe, que compartilha a alegria de acompanhar seus deslocamentos. Contam que Marcos chegou ao CAPS AD encaminhado de outro serviço sem falar, sem sorrir, sentado no fundo da sala, apartado do coletivo. Hoje, dizem, ele interage, participa das refeições junto ao grupo, ri, pede para ir ao CAPS, fala nos atendimentos individuais sobre sua melhora e reconhece o cuidado como diferença em sua vida.

Nas oficinas de artesanato, no xadrez e no futebol, Marcos passa a habitar a vida de outro lugar. Descobre talentos, fortalece vínculos, sente-se capaz de se relacionar.

É nesse ponto que a Redução de Danos se faz presente não como técnica, mas como ética do cuidado. Não se trata de exigir abstinência, corrigir comportamentos ou normalizar trajetórias, mas de sustentar encontros que ampliem a potência de vida. A pergunta que orienta o cuidado não é “ele ainda usa?”, mas “como ele vive?”, “com quem ele se conecta?”, “que sentidos consegue produzir para sua existência?”.

A droga deixa de ocupar o centro da cena. Talvez ainda esteja ali, talvez não — não é possível afirmar. O que se afirma, no entanto, é que ela já não é o eixo organizador de sua vida.

O cuidado em liberdade, tal como se produz no CAPS AD, não opera pela retirada de algo, mas pela criação de condições para que outros modos de estar no mundo se tornem possíveis. No caso de Marcos, o que se vê é a vida acontecendo no entre — entre o xadrez e o futebol, entre a oficina e a roda, entre o silêncio e o riso. É nesse entre que o cuidado se faz, sem moralização, sem redução do sujeito à substância, sem silenciamento do sofrimento que não cabe nos diagnósticos.

No entanto, algumas semanas após meu retorno a Manaus, recebo uma ligação da equipe do CAPS AD. Contam que Marcos havia desaparecido do serviço por alguns dias, e interrompido o uso das medicações. Nesse período, apresentou um quadro psicótico e acabou sendo internado no hospital geral.

Durante a internação, envolveu-se em um conflito com outro paciente que, segundo relatos da equipe e da família, vinha provocando e perturbando Marcos de forma constante. Irritado e desorganizado, ele reagiu de forma violenta, desferindo algumas facadas no outro usuário. Os ferimentos foram leves e o paciente encontra-se bem, mas Marcos foi levado à delegacia.

A equipe do CAPS AD foi acionada para prestar esclarecimentos sobre o caso. Após os procedimentos legais, Marcos foi liberado em condicional, com a determinação judicial de manter acompanhamento no serviço e seguir o tratamento medicamentoso.

Em cidades do interior, onde as histórias circulam rapidamente e os vínculos sociais são estreitos, episódios como esse produzem fortes repercussões. As cobranças recaem sobre o serviço e sobre as trabalhadoras. O fantasma do hospício reaparece como solução imediata: *“se ele estivesse internado em um hospital psiquiátrico, isso não teria acontecido.”*

Como terapeuta de CAPS, já me vi diante dessa cena muitas vezes. Quando o usuário está bem, o serviço é invisível. Mas quando algo acontece, a responsabilidade recai sobre quem cuida.

Trabalhar no CAPS é, muitas vezes, nadar contra a corrente. É sustentar um modo de cuidado que aposta na liberdade em um mundo que, diante do medo e da violência, frequentemente pede contenção, isolamento e exclusão.

Algum tempo depois, ao retornar a Parintins, o caso volta à tona em uma reunião de equipe. Fico sabendo das articulações que foram realizadas com a Atenção Primária à Saúde: discussão de caso com a equipe da UBS, construção de um cuidado compartilhado e acompanhamento no território.

Foi nesse movimento que uma agente comunitária de saúde, que conhecia a família de Marcos, trouxe à equipe informações que até então não haviam aparecido no serviço. Marcos havia vivido diversos episódios de abuso na infância e crescido em um contexto familiar profundamente desestruturado.

Essas revelações deslocam novamente a narrativa. Aquilo que aparece como “caso problemático” no presente revela, na verdade, uma história de violências acumuladas ao longo de muitos anos.

E, no entanto, ao final, somos frequentemente responsabilizadas pelo desfecho de uma história que começou muito antes da chegada daquele jovem ao CAPS AD — uma história diante da qual a sociedade, por muito tempo, permaneceu em silêncio.

Ao acompanhar a história de Marcos, torna-se evidente que o sofrimento que chega ao CAPS AD não começa ali. Ele é atravessado por violências antigas, silêncios familiares, ausências institucionais e negligências sociais que se acumulam ao longo do tempo. Ainda assim, quando algo irrompe — um surto, um conflito, um ato de violência — é frequentemente sobre o CAPS que recaem as perguntas, as acusações e as expectativas de controle. Como se o serviço pudesse responder sozinho por histórias que começaram muito antes de sua existência. Talvez o desafio do cuidado em liberdade esteja justamente aí: sustentar a aposta na vida mesmo quando ela chega marcada por tantas rupturas. Porque, se o CAPS não pode apagar as violências do passado, ele ainda pode oferecer algo fundamental no presente, um lugar onde, apesar de tudo, a vida possa continuar sendo acompanhada.

Histórias como a de Marcos revelam como o cuidado em saúde mental, especialmente no campo do álcool e outras drogas, raramente segue trajetórias lineares ou previsíveis. Cada encontro abre possibilidades singulares, produz deslocamentos e faz emergir novas perguntas sobre o que significa, afinal, cuidar. No cotidiano do CAPS AD, essas histórias não aparecem isoladas. Elas se entrelaçam, se atravessam e compõem uma trama viva de experiências que revelam, em diferentes intensidades, as potências e os desafios do cuidado em liberdade. É nesse mesmo território de encontros que surge a história de Sr. Joaquim, outro usuário do serviço cuja trajetória também ajuda a iluminar os modos como o cuidado se produz no cotidiano.

### **Sr. Joaquim — Quando a vida volta a dançar nas ruas**

Outro encontro que se inscreve nesta travessia é o de Sr. Joaquim, homem de cinquenta e poucos anos, que, segundo suas próprias palavras, vivia entre a “escolinha,” nome dado pela

comunidade para se referirem aos frequentadores e encontros cotidianos no boteco, e a sarjeta. Bebia todos os dias. Conta que por muito tempo sua rotina se organizava entre o álcool, as ruas e a solidão.

Reside sozinho. Ao narrar sua trajetória, diz que, depois de iniciar o acompanhamento no CAPS AD, algo começou a se modificar em seu cotidiano. Hoje, segundo ele, bebe apenas aos finais de semana e já não passa mais os dias perambulando embriagado pelas ruas da cidade. Quando fala sobre isso, não utiliza a linguagem técnica dos serviços, nem as categorias diagnósticas que tantas vezes tentam capturar as experiências do uso de álcool. Diz simplesmente que bebe aos finais de semana porque a solidão ainda chega.

No CAPS AD, entretanto, Sr. Joaquim parece habitar outro lugar. Ali, sua presença se faz sonora e vibrante. É frequentemente descrito pela equipe e pelos colegas como a alegria do serviço. Canta durante boa parte do dia, ri alto, participa de todas as atividades e se envolve com entusiasmo em tudo o que é proposto. Sua circulação pelo espaço é marcada por uma energia que contagia o ambiente, como se, naquele território, algo da vida pudesse voltar a se afirmar.

Uma cena vivida durante o V Seminário Municipal de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, organizado pelo CAPS AD de Parintins, tornou-se especialmente significativa nesta cartografia. Na ocasião, usuários, familiares, gestores, estudantes e trabalhadores da rede participavam juntos do evento. Em determinado momento, eu realizava uma fala sobre drogas e redução de danos. Após a exposição, abri espaço para perguntas.

Sr. Joaquim levantou-se, pegou o microfone e, com a espontaneidade que lhe é própria, perguntou:

— *“Minha irmã diz que essa coisa de redução de danos não funciona. O que a senhora acha?”*

Diante da pergunta, devolvi a questão a ele e pedi que contasse como vinha se sentindo desde que começou a frequentar o CAPS AD.

Sr. Joaquim então segurou o microfone com firmeza e respondeu, em tom enfático, diante de todos os presentes, que agora se sentia vivo. Disse que estava forte, saudável, bonito, que havia aprendido muitas coisas novas e que, no CAPS AD, se sentia acolhido e ouvido. Ao terminar, deu uma gargalhada e concluiu:

— *“Acho que eu mesmo respondi.”*

A sala inteira riu junto com ele.

Mais tarde, em outro encontro no serviço, Sr. Joaquim fez questão de me contar, com enorme alegria, que havia sido escolhido como “o mais feliz” no bloco do CAPS AD durante o carnaval. O bloco, chamado “Folia sem Ressaca”, havia saído às ruas de Parintins depois de três anos acontecendo apenas dentro do serviço. Naquele ano, pela primeira vez, o cortejo atravessou a cidade.

Ele narrou a experiência com brilho nos olhos. Disse que foi um sucesso, que as ruas se encheram de música, dança e fantasia. Contou também que guardaram cuidadosamente as fantasias e os adereços do bloco para me mostrar quando eu retornasse ao serviço, e que queriam me presentear com alguns deles.

Nesses gestos, aparentemente simples, algo importante se anuncia.

Não se trata apenas de reduzir dias de consumo ou de contabilizar mudanças comportamentais. O que se produz ali é outra coisa: a possibilidade de voltar a habitar a cidade, de ocupar as ruas não mais como corpo caído na sarjeta, mas como corpo que dança no carnaval.

Talvez seja isso que Sr. Joaquim tenha querido dizer quando afirmou, diante do auditório, que agora se sentia vivo.

Histórias como a de Sr. Joaquim tensionam diretamente certas narrativas hegemônicas sobre o cuidado às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas. Em muitos discursos institucionais, o sucesso do tratamento ainda é frequentemente associado à abstinência total. No entanto, a experiência vivida no CAPS AD revela outros caminhos possíveis. No caso de Sr. Joaquim, a transformação não se expressa na interrupção completa do uso de álcool, mas na reconstrução de vínculos, na retomada de espaços de convivência e na possibilidade de habitar a cidade de outro modo. Se antes sua presença nas ruas se dava entre o boteco e a sarjeta, agora ela se afirma no riso, no canto, na participação nas atividades do serviço e até mesmo no bloco de carnaval que atravessa as ruas de Parintins.

É nesse sentido que a Redução de Danos se apresenta menos como técnica e mais como ética do cuidado: uma aposta na vida que insiste em se produzir mesmo quando o uso de substâncias permanece presente. O que se transforma, portanto, não é apenas a relação com o álcool, mas a relação com o mundo com o corpo e com os outros. Em vez de medir o cuidado apenas pela ausência da substância, passa-se a reconhecer os pequenos deslocamentos que ampliam a potência de existir.

### **Histórias que transbordam o papel**

São tantos causos e casos que não haveria folhas suficientes para registrar a vida em ato que atravessa o cotidiano do CAPS AD. Histórias que chegam entre silêncios, risadas, lágrimas e lembranças fragmentadas. Histórias que, pouco a pouco, vão encontrando espaço para existir.

Entre elas está a de Sr. André, que conta ter chegado ao CAPS AD encaminhado pelo Hospital Geral depois de passar muito mal ao beber durante três dias seguidos. Lembra que, quando chegou ao serviço, seu corpo tremia intensamente. As mãos não paravam. O constrangimento também estava ali, o medo de ser visto naquele estado, a vergonha que tantas vezes acompanha quem atravessa o sofrimento relacionado ao álcool.

Foi recebido por aquela que hoje é sua terapeuta de referência. Ele conta que ela lhe ofereceu um café com leite, um sorriso e uma conversa. Não pareceu incomodada com as mãos trêmulas. Não perguntou primeiro pelo diagnóstico. Não repreendeu o corpo que falhava. Apenas permaneceu ali.

Quando narra esse momento, Sr. André faz questão de lembrar desse gesto simples. Fala também das consultas médicas, das oficinas, das conversas e do cuidado que, segundo ele, a equipe demonstra ter com todos que chegam ao serviço.

Como tantas outras histórias do CAPS AD, a de André não começa com uma técnica ou um protocolo. Começa com um encontro.

Há também Carlos, homem de trinta anos que vive em situação de rua. Quando fala de si, diz que às vezes acha que já tem mais de cinquenta anos pelo tanto que viveu e sofreu nesse mundo. Sua fala carrega uma mistura de ironia e cansaço, como quem atravessou mais experiências do que o tempo cronológico parece permitir.

Em determinado momento, referindo-se ao CAPS AD, diz de forma direta:

— *“Se não fosse isso aqui, eu já teria morrido.”*

A frase não vem acompanhada de dramatização. É dita quase como constatação.

No cotidiano do serviço, Carlos circula entre os grupos, as oficinas e os momentos de conversa. Às vezes aparece mais silencioso, outras vezes ri alto junto com os colegas. Sua presença revela uma das faces mais duras da exclusão social, a vida nas ruas, mas também evidência algo que se produz no interior do serviço: um lugar onde a vida pode, ao menos por algum tempo, encontrar abrigo.

Há também Cláudia, que frequentemente chora ao falar das filhas. Sua história é atravessada por perdas e por uma sequência de violências que marcaram sua trajetória desde muito cedo. Nos encontros, vai narrando fragmentos de uma vida marcada por abusos, abandono e sofrimento. Às vezes as palavras vêm com dificuldade. Outras vezes transbordam.

O choro aparece não apenas como expressão de dor, mas também como gesto de quem, talvez pela primeira vez em muito tempo, encontra um espaço onde pode falar sem ser silenciada.

Entre as muitas histórias que atravessam o CAPS AD está ainda a de Fábio, que costuma recordar com brilho nos olhos uma época muito diferente de sua vida. Conta que já foi artista do boi, que participava das apresentações e que a arena já foi também seu lugar de pertencimento. Em outros momentos, porém, a voz se entristece ao lembrar da perda do filho, uma ausência que atravessa suas falas e reaparece como marca profunda de sua história.

Assim como acontece com muitos usuários do serviço, as lembranças de Fábio oscilam entre orgulho e dor, entre aquilo que já foi vivido com intensidade e aquilo que permanece como ausência.

Essas histórias não aparecem no CAPS AD como narrativas organizadas, lineares ou prontas para análise. Elas chegam em fragmentos. Em pedaços de vida que vão sendo compartilhados nos corredores, nas oficinas, nas rodas de conversa, nas pausas entre uma atividade e outra.

São histórias atravessadas por perdas, violências, exclusões e sofrimentos profundos. Mas também por gestos de cuidado, encontros inesperados e pequenas reinvenções da vida.

No cotidiano do serviço, cada uma dessas histórias compõe o tecido vivo do cuidado. Não são apenas relatos individuais, mas expressões de um território marcado por desigualdades e, ao mesmo tempo, por potências de existência que insistem em se afirmar.

Cartografar o CAPS AD é, portanto, acompanhar essas histórias em movimento.

Histórias que não cabem inteiramente no papel.

Histórias que seguem acontecendo.

A história de Mariana, Lucas, Sr. Antônio, Marcos, Sr. Joaquim, Sr. André, Carlos, Cláudia e Fábio compõe o tecido vivo desta travessia.

É a partir dessas narrativas que se tornam visíveis os desejos que atravessam o trabalho, as afetações que mobilizam as trabalhadoras e os modos de cuidar que se inventam no cotidiano do CAPS AD. As histórias operam como dispositivos de pensamento: não explicam, não representam, fazem ver.

Rede é palavra que insiste no campo. Rede que se arma entre pessoas. Rede que sustenta corpos cansados. Rede que enreda e também ampara. Rede de saúde, rede de cuidado, rede da vida. Em Parintins, rede é também aquela que se estende no barco, onde o corpo se entrega ao balanço do rio e aprende que viver é atravessar. Viajar de rede é experimentar o tempo suspenso, o medo e o descanso, os encontros inesperados, as músicas que embalam a travessia — as toadas que fazem vibrar o corpo e o território. A rede, ali, não é linha reta: é trama, é nó, é emaranhado.

Essa imagem retorna no trabalho do CAPS AD. As trabalhadoras também se encontram em rede, redes de afetos, de responsabilidades, de impasses e invenções. O cuidado não se apresenta em partes separadas, mas como um todo que se impõe: o sofrimento do outro, as limitações institucionais, os próprios medos, os desejos que insistem em permanecer. Corpos que se atravessam. Corpos que cuidam e são cuidados.

E, ainda assim, no meio do emaranhado, surgem frestas: a roda de conversa, a oficina, o futebol, o riso compartilhado, a escuta que sustenta. É nesse entrelaçamento que o cuidado em liberdade se produz, tecido fio a fio, sem moralização, sem redução da vida a diagnósticos ou substâncias.

Cartografar essas histórias é, portanto, cartografar redes. Redes que não se veem nos organogramas, mas se sentem no corpo. Redes vivas, que se refazem a cada encontro, que às vezes apertam, às vezes afrouxam, mas que seguem sustentando possibilidades de existir.

É nesse emaranhado — de histórias, afetos, desejos e territórios — que esta pesquisa se inscreve, apostando no cuidado como trama viva, feita no encontro, no risco e na invenção cotidiana.

No entanto, acompanhar essas histórias exige também deslocar o olhar para além das cenas do cuidado direto. As vidas que atravessam o CAPS AD não se produzem apenas nos encontros entre usuários e trabalhadoras, mas também nas condições institucionais que sustentam, ou fragilizam, o trabalho em saúde mental. Os vínculos que se constroem, as escutas que se tornam possíveis e até mesmo os limites do cuidado estão profundamente atravessados pelos modos de organização dos serviços, pelas relações entre os dispositivos da rede e pelas forças micropolíticas que compõem o cotidiano do trabalho.

Foi acompanhando essas histórias e os afetos que elas mobilizavam que o campo começou a apontar para outras margens desta cartografia. Aos poucos, tornou-se impossível olhar apenas para o CAPS AD sem perceber os movimentos mais amplos que atravessavam a Rede de Atenção Psicossocial do município. O território insistia em aparecer para além do serviço: nos fluxos entre dispositivos, nas tensões entre equipes, nas dificuldades de articulação da rede e nos modos como o cuidado se organiza, ou se fragmenta, no cotidiano.

É nesse movimento que esta travessia se abre para um território que inicialmente não figurava como eixo desta pesquisa, mas que emergiu como força incontornável do próprio campo: os processos de trabalho do CAPS II e a Atenção Primária à Saúde no município de Parintins.

### **IX Travessia — Entre redes frágeis e trabalhadores exaustos**

Falar do processo de trabalho do CAPS II e da Atenção Primária à Saúde de Parintins não figurava, a princípio, como um dos eixos desta dissertação. No entanto, a cartografia, enquanto método que se produz no encontro com o campo, exige abertura para acompanhar aquilo que emerge no percurso e produz deslocamentos na própria pesquisa. Cartografar implica estar atenta às transformações das paisagens psicossociais, aos afetos que ganham

passagem e às forças que atravessam e reconfiguram o território enquanto ele é vivido e acompanhado (Rolnik, 2006). Nesse movimento, as questões relacionadas à Rede de Atenção Psicossocial do município deixaram de ocupar um lugar periférico e passaram a se impor como uma demanda produzida pelo próprio campo, convocando meu olhar, minha escuta e também minha escrita.

Nesse sentido, as questões que emergem da Rede de Atenção Psicossocial do município se impõem como demanda do próprio campo, convocando o olhar e a escrita da pesquisadora. Foi nesse movimento que, antes de uma das idas ao campo, fui contatada pela coordenação municipal de saúde mental com a solicitação de realizar uma capacitação para a equipe do CAPS II sobre “o trabalho no CAPS”. A demanda vinha atravessada por um incômodo: segundo a coordenação, os profissionais encontravam-se perdidos em seus processos de trabalho e o serviço vinha gradativamente se configurando como um grande ambulatório. Ao conversar sobre essa solicitação, tornou-se evidente a delicadeza de falar sobre CAPS a uma equipe antiga, marcada por histórias, saberes e práticas já instituídas. Mais do que apresentar teorias, leis e portarias, fez-se necessário sustentar um espaço de escuta, permitindo que a própria equipe pudesse dizer do que estava acontecendo naquele território. Afinal, como aponta Rolnik (2006), a cartografia não se orienta por modelos prévios, mas pela atenção às intensidades do presente, devorando as linguagens que o campo oferece para compor novas leituras e possíveis deslocamentos. É nesse espírito que peço licença para descrever o CAPS II do município, não como um objeto a ser explicado, mas como um território vivo, atravessado por forças, impasses e potências que se atualizam no cotidiano do cuidado.

O Centro de Atenção Psicossocial tipo II (CAPS II) Adolfo Lourido, no município de Parintins, foi implantado em 2005, configurando-se como o primeiro CAPS do estado do Amazonas e, conseqüentemente, o serviço dessa modalidade com mais tempo de funcionamento no estado, antecedendo inclusive a implantação de CAPS na capital Manaus (Lopes Neto et al., 2009). Diferentemente do CAPS AD do município, que apresenta maiores dificuldades de acesso em função de sua localização na estrada, o CAPS II encontra-se situado

em área central, no complexo de saúde onde está localizado o Hospital Municipal Dr. Jofre Matos Cohen, o que facilita o acesso da população.

Ao contextualizar a implantação e o lugar histórico do CAPS II no município, escolho me deter não apenas nos marcos institucionais, mas sobretudo naquilo que emergiu da minha ida ao serviço e das conversas com os trabalhadores, acompanhando os afetos que se produziram no encontro com o campo. Antes mesmo da realização das atividades, propus à coordenação municipal de saúde mental dois momentos com a equipe do CAPS II: inicialmente, uma roda de conversa, com o objetivo de escutar, acolher e compreender o que vinha acontecendo naquele território de trabalho; e, em um segundo momento, uma capacitação voltada a revisitar os fundamentos da RAPS e o papel do CAPS na rede. Sugeri ainda a participação da equipe do CAPS AD nesse segundo encontro, considerando as tensões existentes entre os serviços, frequentemente expressas na fala de que “a equipe do CAPS AD sabe trabalhar, enquanto a do CAPS II não”. A aposta era que a capacitação pudesse funcionar como um dispositivo de aproximação entre as equipes, favorecendo a construção do cuidado em rede e deslocando leituras individualizantes dos impasses do trabalho para uma compreensão coletiva.

Foi durante a roda de conversa, realizada apenas com a equipe do CAPS II — e que marcou meu segundo encontro com aquele coletivo — que senti com mais intensidade o cansaço que atravessava os trabalhadores. Iniciei o encontro com uma dinâmica de acolhimento e relaxamento, que produziu risos, partilhas e, aos poucos, um clima de maior confiança, no qual também comecei a me sentir pertencente àquele espaço. A direção da unidade esteve presente apenas no início da atividade, retirando-se em seguida, o que também se fez sentir na condução da conversa. À medida que os relatos emergiam, tornava-se visível uma equipe desestimulada, atravessada por sentimentos de impotência e descrença nas possibilidades de mudança, expressos em frases como “isso não vai dar certo” ou “a senhora não entende o que

se passa aqui”. Essa sensação de exaustão e de pouca autonomia dialoga com estudos que apontam altos níveis de cansaço físico e emocional entre trabalhadoras dos CAPS, associados à sobrecarga, à indefinição dos processos de trabalho e à fragilidade do apoio institucional (Carniato & Lucca, 2024; Silva et al., 2024).

Conversamos sobre a possibilidade de altas e de matriciamento de casos para a Atenção Primária à Saúde (APS), bem como sobre o acompanhamento de situações que não configuravam demanda para o CAPS, como casos de epilepsia e quadros leves de depressão e ansiedade. No entanto, a equipe relatou não possuir autonomia para realizar tais encaminhamentos, afirmando que a orientação da direção era atender toda e qualquer demanda, sob o receio de reclamações junto à prefeitura. Nesse ponto, evidenciava-se uma tensão constante entre gestão e equipe, que atravessava o cotidiano do serviço e produzia imobilização dos processos de trabalho. Estudos indicam que a falta de apoio da gestão, aliada à ausência de espaços contínuos de escuta e cogestão, constitui fator central no sofrimento mental das trabalhadoras dos CAPS, produzindo sentimentos de desamparo, insegurança e adoecimento (Carniato & Lucca, 2024; Silva et al., 2024).

Essa tensão também se expressava na organização das atividades do serviço: apenas um grupo era ofertado, composto por usuários que frequentavam o CAPS há mais de dez anos; iniciativas de ampliação das ações, como a criação de novos grupos, encontravam resistência e ausência de apoio da direção; não havia acolhimento diurno em função da falta de alimentação, situação que contrastava com a manutenção das refeições no CAPS AD. Ao indagar sobre essa diferença, instaurou-se um silêncio que sinalizava os limites do que podia ser dito naquele espaço. Ao final da roda, distribuí papéis e convidei cada trabalhadora a escrever aquilo que gostaria de dizer, mas sentia que não era ouvido, garantindo o sigilo dessas narrativas. A leitura posterior desses escritos revelou, de forma intensa, trabalhadores cansados, pouco apoiados e atravessados por conflitos com a gestão, confirmando o que a literatura

aponta sobre a centralidade da gestão na promoção, ou no adoecimento, da saúde mental das trabalhadoras dos CAPS (Carniato & Lucca, 2024).

Essa experiência de exaustão, silenciamento e fragilidade do apoio institucional não se restringe ao cotidiano desse serviço, mas compõe um cenário mais amplo de adoecimento das trabalhadoras da saúde mental no âmbito dos Centros de Atenção Psicossocial. A literatura recente evidencia que o trabalho nos CAPS, especialmente em contextos de sobrecarga, precarização e crise, tem produzido elevados níveis de desgaste físico e psíquico entre as profissionais, revelando sentimentos persistentes de cansaço, indefesa, aprisionamento e adoecimento. Estudos apontam que tais processos afetam de forma mais intensa mulheres, profissionais jovens e trabalhadoras com menor tempo de serviço, categorias majoritárias nos serviços e historicamente mais expostas às condições adversas de trabalho (Silva et al., 2024).

Do ponto de vista da gestão, o sofrimento das equipes aparece diretamente associado à organização dos processos de trabalho, à escassez de espaços coletivos de escuta e à dificuldade de sustentar práticas de cuidado também voltadas às trabalhadoras, o que evidencia que o adoecimento não pode ser compreendido como falha individual, mas como efeito de arranjos institucionais que tensionam cotidianamente o trabalho em saúde mental (Carniato & Lucca, 2024).

Saí desse encontro profundamente atravessada, conectando o que havia escutado naquele CAPS II às minhas próprias vivências no CAPS AD onde trabalho, também marcado por equipes exaustas, serviços sobrecarregados, escassez de profissionais, estrutura precária e pela não implantação integral dos dispositivos da RAPS, em um cenário de demandas crescentes e cuidado tensionado no cotidiano. Essa sensação de reconhecimento não se deu por mera semelhança entre serviços, mas pela constatação de que o sofrimento das trabalhadoras atravessa os CAPS como um fenômeno coletivo e estrutural, produzindo marcas que se repetem em diferentes territórios.

As falas silenciadas, o cansaço reiterado e a fragilidade do apoio institucional que emergiram naquele encontro ecoam em outros serviços da rede, evidenciando que o adoecimento das equipes não é episódico, mas resultado de modos de organização do trabalho que exigem alta implicação subjetiva sem oferecer sustentação proporcional. Assim, o campo se expande para além de um único serviço, revelando uma cartografia do adoecimento que conecta diferentes pontos da RAPS e tensiona os limites entre cuidar e adoecer no trabalho em saúde mental.

No dia seguinte à roda de conversa com a equipe do serviço, realizei a atividade de capacitação, mantendo a cartografia do encontro como dispositivo para articular, acolher e deslocar aquilo que emergia do campo. Propus uma dinâmica de contação de histórias para tentar integrar ambas as equipes — uma forma de trazer à superfície os fluxos afetivos e as narrativas que compõem o trabalho vivido — e logo percebi que o clima se tornava mais leve; risos e encontros foram vistos, e o corpo da reunião denotava outros ritmos, mais abertos ao diálogo.

Conversamos sobre a RAPS, sobre a função do CAPS na rede e sobre a necessidade de pensar o cuidado em termos de fluxos e articulações, não apenas de encaminhamentos. A direção do serviço continuou pouco presente, e essa ausência, como um silêncio agudo, reiterava que sem apoio institucional poucas mudanças nos processos de trabalho são possíveis, ressoando desafios observados na literatura sobre governança dos serviços psicossociais (Carniato & Lucca, 2024). No entanto, naquela instância, a equipe parecia mais agregada, percebendo que eu estava ali como uma apoiadora institucional e também como trabalhadora de CAPS, implicada e não neutra.

No encerramento da atividade, a dificuldade de aproximação com a APS emergiu não como um dado isolado, mas como um afeto insistente que atravessava as falas e silêncios da equipe. O que se dizia, e o que escapava, apontava para a percepção de que muitos profissionais da APS não se reconhecem como corresponsáveis pelo cuidado em saúde mental, como se o

sofrimento psíquico permanecesse situado fora de seu campo de atuação. Essa tensão entre aquilo que se espera da APS enquanto ordenadora do cuidado no território e aquilo que ela efetivamente consegue sustentar no cotidiano reverbera achados da literatura, que identificam a integração da saúde mental na atenção básica como um processo atravessado por múltiplas barreiras. Entre elas destacam-se a insuficiência de formação, conhecimentos e habilidades específicas, bem como atitudes, crenças e inseguranças profissionais que fragilizam a legitimidade da saúde mental como parte do trabalho cotidiano da APS (Wakida et al., 2018; Souza et al., 2019).

A revisão sistemática de Wakida et al. (2018) evidencia que tais barreiras não se restringem a contextos locais, mas se repetem em diferentes países, envolvendo aspectos individuais, organizacionais e institucionais, como a ausência de apoio da gestão, fragilidade de liderança e limitação de recursos. No campo vivido, essas dificuldades se materializavam na tendência da APS em recuar diante das demandas em saúde mental, reforçando fluxos de encaminhamento para os serviços especializados e tensionando a lógica do cuidado em rede.

Nesse sentido, a capacitação proposta não se configurava apenas como transmissão de conteúdos, mas como um dispositivo de abertura: uma aposta na construção de suportes teóricos e técnicos que possibilitassem às trabalhadoras do CAPS atuarem como apoiadores e facilitadores de outras equipes no território, tensionando a fragmentação do cuidado e produzindo deslocamentos possíveis na relação entre APS e saúde mental, em consonância com o que a literatura aponta como condição necessária para a efetivação dessa integração (Wakida et al., 2018; Souza et al., 2019).

Ao final desses intensos dois dias, conversei novamente com a coordenadora de saúde mental sobre as minhas impressões, reconhecendo que havia feito tudo o que estava ao meu alcance naquele momento, mas que a mudança efetiva nos processos de trabalho dependia de fatores mais amplos — como apoio institucional, políticas de formação permanente e gestão

compartilhada — que extrapolavam minha intervenção imediata. Ficou acordado que seria promovida, em conjunto, uma capacitação organizada pelas equipes dos serviços especializados com as equipes da APS, um movimento que procura ir além do evento isolado, buscando conectar saberes, práticas e afetos entre os dispositivos da rede.

Talvez aí resida uma das diferenças entre as equipes dos CAPS que ali estavam. No CAPS AD, a gestão se constrói de forma coletiva: os processos de trabalho são discutidos em reuniões de equipe nas quais todos têm direito à palavra e à escuta; as decisões não se dão de maneira verticalizada; e a direção participa ativamente do cotidiano do serviço, das atividades com os usuários e dos espaços de formação. A literatura sobre cogestão aponta que a implicação da gestão e a criação de espaços coletivos de decisão são elementos centrais para a sustentação das mudanças nos processos de trabalho, favorecendo a corresponsabilização, a autonomia das trabalhadoras e a produção de sentidos compartilhados no cuidado (Mori & Oliveira, 2014). Nessa perspectiva, a gestão participativa não se configura apenas como um arranjo organizacional, mas como um dispositivo ético-político que sustenta o trabalho vivo em ato e cria condições para que o cuidado em rede se efetive no cotidiano dos serviços.

Ainda que a APS não constitua o eixo central desta pesquisa, sua emergência reiterada no campo não pode ser silenciada. Assim como aponta Martins (2021), o território não se apresenta como um dado fixo ou previamente organizado, mas como um campo vivo, atravessado por forças, encontros, ausências e discontinuidades que se produzem no cotidiano do trabalho em saúde. Nesse sentido, a dificuldade de articulação entre CAPS e APS não se restringe a falhas operacionais ou desconhecimento técnico, mas revela tensões micropolíticas que atravessam a própria produção do cuidado em rede.

Ao cartografar o trabalho em saúde na Amazônia ribeirinha, Martins (2021) evidencia que os serviços se constituem a partir de arranjos singulares, nos quais o cuidado se sustenta menos pela rigidez dos protocolos e mais pela capacidade de criação, negociação e implicação

dos sujeitos envolvidos. Essa leitura ajuda a compreender por que, no campo vivido, a APS frequentemente se coloca à margem do cuidado em saúde mental: não por ausência de território, mas pela fragilidade dos vínculos institucionais, dos espaços de cogestão e da sustentação político-institucional necessária para que o sofrimento psíquico seja reconhecido como parte do seu fazer cotidiano.

A expectativa normativa de que a APS funcione como ordenadora do cuidado entra em tensão com a realidade concreta dos serviços, marcada por sobrecarga, insegurança técnica, rotatividade de profissionais e escassez de processos formativos continuados. Tal descompasso produz um movimento de retração diante das demandas em saúde mental, reforçando encaminhamentos verticalizados e deslocando o cuidado para os serviços especializados, em contradição com os princípios da integralidade e da corresponsabilização. Como argumenta Martins (2021), o cuidado só se efetiva quando há implicação real dos corpos no território, quando gestão, trabalhadores e usuários se reconhecem como coautores do processo.

Nesse cenário, a capacitação acordada ao final da atividade pode ser compreendida como um dispositivo micropolítico de produção de encontros, mais do que como uma estratégia pedagógica isolada. Trata-se de criar condições para que os serviços especializados e a APS compartilhem não apenas saberes técnicos, mas experiências, afetos e modos de existir no trabalho em saúde. Essa aposta dialoga com a perspectiva da educação permanente em saúde como produção em ato, defendida por Martins (2021), na qual aprender não se separa do fazer, nem o conhecimento se dissocia das condições concretas do território.

Retomar a APS, portanto, mesmo que de forma não aprofundada, não se configura como um desvio do objeto da pesquisa, mas como efeito do próprio campo cartografado. Foi o território que convocou essa discussão, fazendo emergir os limites e as potências da rede de cuidado em saúde mental. Ao registrar essa emergência, não se busca resolver a tensão, mas

torná-la visível, reconhecendo-a como parte constitutiva dos processos de trabalho e como ponto de inflexão possível para a invenção de outras formas de cuidado em rede.

As falas das trabalhadoras dos dois CAPS de Parintins ressoam de maneira intensa com experiências que me atravessam há anos no CAPS AD de Manaus. Em ambos os contextos, o CAPS aparece como destino quase exclusivo das demandas que extrapolam, inclusive, o campo estrito da saúde. Tudo parece convergir para o serviço especializado, como se a ele coubesse responder não apenas pelas questões de saúde mental, mas também por questões sociais, familiares, econômicas e existenciais que atravessam a vida dos usuários no território.

Embora a Portaria que institui a RAPS proponha um redesenho do cuidado e a corresponsabilização entre os diferentes dispositivos, o que se observa no cotidiano é, muitas vezes, um funcionamento da RAPS restrito ao plano normativo. Na prática, persiste um frágil diálogo com as trabalhadoras da ponta, que frequentemente desconhecem os fluxos, os pontos de atenção e o papel de cada dispositivo da rede. Essa distância entre o desenho formal da política e sua efetivação no cotidiano do trabalho faz com que o CAPS continue operando como centro da rede, concentrando demandas e responsabilidades que deveriam ser compartilhadas.

Essa constatação dialoga com as análises de Amorim (2008), que, ao cartografar o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), evidencia como a fragilidade da corresponsabilização entre os dispositivos da rede produz sobrecarga dos serviços substitutivos e reinscreve, fora do hospital, lógicas manicomiais que capturam o cuidado. Ainda que o dispositivo analisado por aquela autora seja o SRT, e não o CAPS, suas reflexões ajudam a compreender como a rede, quando não sustentada coletivamente, tende a operar por deslocamentos e recusas, em vez de por partilha do cuidado, fazendo com que determinados serviços se tornem destino privilegiado – e, por vezes, solitário – das demandas em saúde mental.

No cotidiano do CAPS AD, essa lógica se expressa de forma recorrente no cuidado ofertado a jovens encaminhados em razão do uso recreativo de maconha. Em muitos desses

atendimentos, o sofrimento que se apresenta não se vincula à substância, que aparece mais como marcador do encaminhamento do que como núcleo da demanda. O que emerge são questões próprias de ser jovem no Brasil: conflitos familiares, ausência de perspectivas, precarização da vida e fragilidade dos vínculos. Ainda assim, o encaminhamento se dá em função da droga, produzindo a pergunta que insiste: para onde encaminhar quando se sabe que esse jovem tende a se perder na rede?

Essa mesma sensação retorna no momento da alta. Mesmo após o acompanhamento de usuários que chegaram ao serviço em situação grave e que, no momento, encontram-se mais estáveis, permanece a percepção de que, ao deixarem o CAPS, seguirão sem sustentação de cuidado nos demais pontos da rede. Essa experiência, vivida em Manaus, reaparece nas falas das trabalhadoras do CAPS AD de Parintins, indicando que o CAPS continua ocupando, na prática, um lugar central na rede, apesar do redesenho proposto pela RAPS.

Em diálogo com essa leitura, Martins (2021) aponta que os serviços de saúde se constituem no cotidiano como arranjos micropolíticos vivos, atravessados por afetos, disputas e diferentes graus de implicação da gestão. No território amazônico, tais dinâmicas se intensificam diante das desigualdades estruturais e da fragilidade institucional, fazendo com que a rede exista menos como estrutura formal e mais como produção situada, dependente dos vínculos e das apostas ético-políticas dos sujeitos que a compõem.

Neste estudo, detenho-me especificamente no CAPS AD de Parintins, que constitui o objeto desta pesquisa. Ainda assim, reconhecer essas ressonâncias entre territórios distintos permite compreender que as dificuldades de articulação da rede não se configuram como fenômeno isolado, mas como expressão de uma lógica persistente que concentra o cuidado nos serviços especializados, fragiliza a corresponsabilização e tensiona a produção do cuidado em liberdade.

## **X Travessia — A clínica entre escuta, poder e prescrição**

Se a travessia anterior permitiu acompanhar as tensões que atravessam a rede e os processos de trabalho nos serviços de saúde mental de Parintins, o campo logo indicou que tais tensões não se restringem à organização institucional do cuidado. Elas também se atualizam na própria clínica, nos encontros cotidianos entre trabalhadores e usuários, nos modos de escutar, prescrever e interpretar o sofrimento psíquico.

Ao habitar o CAPS AD, tornou-se evidente que o cuidado em saúde mental se produz em um terreno atravessado por diferentes saberes, disputas e modos de fazer clínica. Entre a escuta e a prescrição, entre o trabalho em equipe e a centralidade do saber médico, emergem tensões que revelam os limites e as possibilidades da atenção psicossocial no território. É nesse movimento que esta travessia se aproxima da clínica para acompanhar como os saberes médicos são tensionados no cotidiano do serviço e como, a partir desses encontros, se abrem, ou se fecham, possibilidades de cuidado em liberdade.

### **Entre a escuta e a prescrição: o campo tensiona os saberes médicos**

O campo fala, mexe, inquieta, e não é possível atravessá-lo sem ser afetada pelas falas e percepções que emergem do cotidiano do serviço. No CAPS AD, há um médico clínico que atua desde a implantação do dispositivo. Ele é unanimemente bem avaliado por usuários e trabalhadoras, frequentemente descrito como “um médico diferente”: alguém que escuta com tempo, que não se limita à prescrição medicamentosa e que se implica no cuidado. Sua relação com a equipe é horizontal; participa das atividades coletivas, das festas e do cotidiano do serviço, compondo o cuidado para além da consulta.

Essa experiência me remete a um período anterior, quando atuei como gerente da Rede de Atenção Psicossocial do Amazonas. Uma das maiores dificuldades enfrentadas na implantação e manutenção dos CAPS no interior do estado era — e segue sendo — a escassez de profissionais da psiquiatria. Muitos médicos psiquiatras não demonstram interesse em atuar

fora da capital; quando aceitam, costumam cobrar valores elevados e permanecer por curtos períodos nos municípios, o que fragiliza a continuidade do cuidado. À época, Parintins constituía uma exceção: o psiquiatra que atendia no CAPS II, e, eventualmente, no CAPS AD, residia na cidade e era bem avaliado pelos usuários. Com sua mudança, instaurou-se uma lacuna difícil de preencher.

Posteriormente, uma médica psiquiatra foi contratada para atendimentos aos finais de semana. No entanto, os usuários do CAPS AD expressam reiteradamente sua insatisfação: “ela só sabe prescrever remédio, não sabe ouvir a gente”. A equipe corrobora essa percepção, apontando a ausência de trabalho conjunto e a dificuldade de articulação clínica. Ao analisar os prontuários, observo que as evoluções da psiquiatra se restringem à listagem das medicações prescritas, sem registros que indiquem escuta, vínculo ou construção compartilhada do cuidado.

Durante o período em que estive em Parintins, ouvi das trabalhadoras de ambos os CAPS que diversas queixas haviam sido encaminhadas à Secretaria Municipal de Saúde. Uma delas materializou-se em um vídeo gravado por uma usuária encaminhada ao CAPS II após uma tentativa de suicídio, no qual ela denuncia o atendimento recebido da médica.

Diante dessas cenas, sou remetida novamente ao Diário do Hospício, de Lima Barreto, especialmente à descrição de seu encontro com um médico psiquiatra durante sua internação: “É bem curioso esse Roxo. Ele me parece inteligente, estudioso, honesto; mas não sei por que não simpatizo com ele. Ele me parece desses médicos brasileiros imbuídos de um ar de certeza de sua arte, desdenhando inteiramente toda outra atividade intelectual que não a sua e pouco capaz de examinar o fato por si. Acho-o muito livresco e pouco interessado em descobrir, em levantar um pouco do véu do mistério... Lê os livros da Europa, dos Estados Unidos, talvez; mas não lê a natureza” (Barreto, 2017).

Mais de um século depois, a crítica de Lima Barreto permanece atual: tensiona práticas médicas centradas no saber técnico, distanciadas da escuta e da singularidade da experiência humana, e convoca a pensar que tipo de cuidado está sendo produzido nos serviços de saúde mental.

Ao dialogar com a coordenação de saúde mental do município, compreendo que o serviço conta formalmente com médica psiquiatra, atendendo, assim, às exigências normativas de composição da equipe do CAPS II e do CAPS AD, conforme estabelecido pela Portaria nº 336/GM/MS (2002). No entanto, o que se evidencia no campo é que a presença desse profissional, embora indispensável para a manutenção do financiamento federal, não tem se traduzido em produção de cuidado qualificado. Ao contrário, emergem reiteradas denúncias dos usuários acerca de atendimentos marcados por uma prática clínica centrada quase exclusivamente na prescrição medicamentosa e diagnóstica, com esvaziamento da escuta e frágil articulação com a equipe multiprofissional, revelando um descompasso entre o cumprimento formal da normativa e a efetivação dos princípios da atenção psicossocial no cotidiano do serviço.

Essa cena permite tensionar a política pública a partir do que Foucault problematiza em *O Nascimento da Clínica*: a constituição de um saber médico que, ao se afirmar como discurso legítimo sobre a doença, tende a silenciar a experiência vivida do sujeito. A clínica que se apresenta nos relatos dos usuários parece operar a partir de um olhar que reduz o sofrimento psíquico a um conjunto de sintomas a serem corrigidos, deslocando a palavra do usuário para um lugar secundário ou irrelevante no processo de cuidado. A escuta, elemento central da atenção psicossocial, cede lugar à autoridade técnica do saber médico, que se impõe como verdade.

Ainda que o município cumpra formalmente as normativas ministeriais, observa-se um descompasso entre a adequação burocrática à política e a efetivação de seus princípios ético-

políticos. A clínica que se produz, ao invés de ampliar possibilidades de cuidado em liberdade, aproxima-se de uma prática normalizadora, na qual o medicamento surge como principal, e por vezes único, recurso terapêutico. Tal dinâmica dialoga com o que Foucault descreve em *Vigiar e Punir* como tecnologias de poder que operam menos pela exclusão direta e mais pela normalização dos corpos e das condutas, produzindo sujeitos ajustados a determinados parâmetros de funcionamento (Foucault, 1999).

Nesse contexto, o usuário passa a ser capturado por um dispositivo que o enquadra simultaneamente como doente e como objeto de intervenção técnica, esvaziando sua condição de sujeito de direitos e de saber sobre si. As denúncias dos pacientes, longe de serem compreendidas como meras insatisfações individuais, funcionam como analisadores institucionais, evidenciando os limites de uma clínica que se sustenta na autoridade do saber médico, mas que pouco dialoga com a singularidade das trajetórias e com a complexidade do sofrimento psíquico no território.

Trago essa questão, entre tantas outras dificuldades relacionadas à implantação e à sustentação da RAPS no Amazonas, para evidenciar como o território amazônico — e, de modo mais amplo, a região Norte — permanece pouco visto e pouco considerado pelo restante do país na formulação das políticas centrais. Revelam-se, assim, os limites de uma política que, ao não se deixar afetar pelo território e por suas singularidades, corre o risco de se converter em mais um dispositivo de controle, afastando-se de seu compromisso ético-político com o cuidado em liberdade.

À luz de Foucault (1999), as cenas observadas no cotidiano do CAPS permitem problematizar a clínica não apenas como prática de cuidado, mas como um campo atravessado por tecnologias de poder-saber que produzem modos específicos de subjetivação. Quando a atenção em saúde mental se reduz à prescrição medicamentosa, com esvaziamento da escuta e fragilização do trabalho em equipe, o que se evidencia é a operação de uma clínica

normalizadora, voltada mais à correção das condutas do que à produção de cuidado em liberdade. Tal prática dialoga com o que Foucault (1999) descreve como deslocamento do poder punitivo do corpo para a alma, no qual o sujeito passa a ser capturado por dispositivos que classificam, avaliam e ajustam comportamentos, agora sob a legitimidade do saber médico.

No campo empírico, as denúncias dos usuários e a preferência pelo médico clínico que escuta funcionam como analisadores institucionais, revelando tensões entre uma política que, no plano normativo, se orienta pelos princípios da atenção psicossocial e, na prática, pode reproduzir lógicas disciplinares e medicalizantes. Assim, o CAPS, ainda que se constitua como dispositivo substitutivo ao manicômio, não está imune ao risco de reinscrever formas sutis de controle, o que convoca uma vigilância ética permanente sobre os modos de fazer clínica e sobre quais vidas se tornam, de fato, possíveis de serem cuidadas no território.

### **Cartografar as linhas do cuidado: corpo vibrátil e produção de vida no território**

Nesse sentido, a cartografia, tal como operada nesta pesquisa, implica acompanhar as forças que atravessam o território do CAPS AD de Parintins não como fatos isolados ou práticas estabilizadas, mas como linhas em coexistência, que organizam, tensionam e transformam o cuidado em ato. Conforme propõem Costa e Amorim (2019), a partir das formulações de Deleuze e Guattari, indivíduos, grupos e instituições são compostos por linhas diversas — duras, flexíveis e de fuga — que operam simultaneamente, produzindo tanto capturas quanto aberturas à invenção da vida. Cartografar, nessa perspectiva, não consiste em identificar uma linha dominante ou hierarquizar seus efeitos, mas em mapear seus entrelaçamentos, conflitos e deslocamentos, acompanhando os modos como essas linhas se atualizam no cotidiano do trabalho em saúde mental e produzem efeitos sobre os corpos, as práticas e as relações de cuidado.

As linhas duras se expressam, no campo do CAPS AD, nas normativas institucionais, nos protocolos, nos diagnósticos, nas exigências burocráticas e nas formas cristalizadas de

organização do cuidado. São linhas necessárias para a sustentação mínima do serviço, mas que, quando operam de modo hegemônico, tendem a reduzir a complexidade do sofrimento e a empobrecer as possibilidades de cuidado. Já as linhas flexíveis emergem nos interstícios dessas estruturas, nos arranjos cotidianos, nas negociações micropolíticas entre as trabalhadoras, nos desvios criados para sustentar o vínculo, a escuta e a continuidade do cuidado frente às precariedades do território.

As linhas de fuga, por sua vez, não se apresentam como evasão ou ruptura romântica, mas como movimentos de criação que deslocam o instituído, abrindo espaço para outros modos de existir e cuidar. No cotidiano do CAPS AD, essas linhas podem se manifestar em práticas inventivas, em deslocamentos éticos, em modos singulares de acolher o sofrimento que escapam às classificações e aos protocolos prévios. No entanto, como alertam Costa e Amorim (2019), tais linhas comportam riscos: podem produzir potência de vida, mas também desorganização e sofrimento, caso não encontrem sustentação coletiva e institucional.

É nesse ponto que a noção de corpo vibrátil, desenvolvida por Suely Rolnik (2006), torna-se central para esta pesquisa. O corpo vibrátil diz respeito à capacidade sensível de ser afetado pelas forças do mundo antes que elas se organizem em formas, representações ou discursos. Trata-se de uma dimensão pré-reflexiva do corpo, que percebe variações, intensidades e sinais de esgotamento ou de emergência de novos possíveis. Na cartografia, é o corpo vibrátil da pesquisadora — atravessado pelas experiências como trabalhadora, gestora e militante da saúde mental — que permite captar os movimentos das linhas no território, especialmente aqueles que ainda não se cristalizaram em palavras ou práticas reconhecidas.

Ao operar com o corpo vibrátil, a cartografia desloca a pesquisa de um lugar de observação externa para uma posição implicada, na qual conhecer é inseparável de ser afetada e transformada pelo campo. É essa implicação que possibilita acompanhar as linhas do cuidado não apenas em sua dimensão visível e institucional, mas também em seus efeitos

micropolíticos: os silêncios, os incômodos, as potências, os cansaços e as invenções que atravessam as trabalhadoras do CAPS AD no cotidiano do trabalho vivo.

Assim, articular a teoria das linhas com o conceito de corpo vibrátil permite compreender o cuidado em saúde mental como um campo de forças em permanente composição, no qual se disputam modos de produzir vida. Assim, a escrita cartográfica que se constrói nesta dissertação não busca representar a experiência dos usuários ou das trabalhadoras do CAPS AD, tampouco explicar seus modos de agir. Ela se faz como gesto de acompanhamento: uma escrita que caminha junto, que se deixa contaminar pelas intensidades do campo e que sustenta a complexidade do vivido sem reduzi-lo. Ao articular a teoria das linhas, conforme Costa e Amorim (2019), e o conceito de corpo vibrátil, de Rolnik (2006), esta pesquisa afirma a cartografia como uma prática ética e política de cuidado — uma escrita que não fala sobre o outro, mas com o outro, acompanhando os processos de produção de vida que se desenham nos encontros cotidianos do CAPS AD de Parintins.

### **XI Travessia — entre margens e correntes: o que fica, o que segue**

Se esta dissertação se constituiu como uma travessia, é preciso dizer, desde já, que não há aqui um ponto de chegada no sentido tradicional. Não se trata de concluir como quem encerra, mas de pousar por um instante nas margens, reconhecendo o percurso feito e, ao mesmo tempo, a continuidade das águas que seguem correndo.

Cartografar o cuidado em ato no CAPS AD de Parintins implicou deslocar o olhar de uma lógica representacional para uma lógica processual, acompanhando o que se produz no entre dos encontros, nas relações, nas tensões e nas invenções cotidianas. Nesse percurso, tornou-se evidente que o cuidado não se reduz a protocolos, fluxos ou normativas institucionais. Ele se produz como acontecimento, atravessado por afetos, por condições materiais, por histórias de vida e pelas singularidades do território amazônico. Tal como

propõem Passos, Kastrup e Escóssia (2009), a cartografia não se orienta pela descrição de uma realidade previamente dada, mas pelo acompanhamento de processos em sua dimensão viva, relacional e em constante transformação.

Ao longo desta travessia, foi possível acompanhar que o CAPS AD não se configura apenas como um serviço da RAPS, mas como um território vivo, onde diferentes forças se encontram: as diretrizes da política pública, as condições concretas de trabalho, os saberes das trabalhadoras, as histórias dos usuários e as dinâmicas próprias da cidade de Parintins. Nesse entrelaçamento, o cuidado emerge não como algo previamente dado, mas como algo que se inventa no cotidiano, muitas vezes em meio às precariedades, às ausências e às contradições que atravessam a rede.

A análise cartográfica permitiu evidenciar que as práticas de cuidado, quando sustentadas por uma ética da redução de danos, produzem deslocamentos importantes no modo de se relacionar com o uso de substâncias, com o sofrimento e com os próprios sujeitos. Mais do que estratégias técnicas, essas práticas se configuram como posicionamentos ético-políticos, que afirmam a vida em sua complexidade, recusando soluções simplificadoras e normativas.

No entanto, essa produção de cuidado não se dá sem tensões. Ao contrário, ela se constrói justamente no campo das disputas: entre o modelo biomédico e as práticas psicossociais, entre a prescrição e a escuta, entre a normatização e a singularidade, entre a política instituída e as invenções do cotidiano. Essas tensões não aparecem como falhas do sistema, mas como parte constitutiva do próprio campo da saúde mental, especialmente em contextos como o da Amazônia, onde as desigualdades estruturais e as especificidades territoriais desafiam permanentemente a materialização da RAPS.

Nesse sentido, esta cartografia também evidencia que a rede não está dada. Ela se produz — ou não — nas relações, nas articulações possíveis, nas brechas que se abrem e nas que se fecham. O CAPS AD, muitas vezes, aparece como ponto de concentração das demandas,

revelando tanto sua potência quanto os limites de uma rede que, em muitos momentos, se mostra fragmentada ou insuficientemente articulada.

Ao acompanhar os processos de trabalho, tornou-se visível o quanto o cuidado é sustentado, em grande medida, pelas trabalhadoras que, mesmo diante de condições adversas, inventam modos de fazer, criam estratégias, constroem vínculos e mantêm o serviço em funcionamento. Como apontam Amarante e Nunes (2018), a Reforma Psiquiátrica não é um processo linear ou concluído, mas um campo em constante construção, atravessado por avanços, recuos e tensionamentos.

Nesse contexto, a RAPS emerge não como uma estrutura dada, mas como uma rede em permanente produção — e, muitas vezes, em fragmentação. Conforme destaca Delgado (2019, 2020), a centralidade excessiva atribuída aos CAPS pode evidenciar tanto sua potência quanto os limites de uma rede que nem sempre se efetiva em sua dimensão territorial e intersetorial. No campo, essa dinâmica se expressa na sobrecarga do serviço e na dificuldade de articulação com outros dispositivos da rede, revelando que o cuidado em liberdade exige mais do que a existência de serviços: exige relações, conexões e sustentação coletiva.

Outro aspecto que atravessou esta pesquisa diz respeito às marcas do território: as questões de raça/cor/etnia, as relações com gênero e sexualidade e as dificuldades, ainda persistentes, de incorporação dessas dimensões no cuidado em saúde mental. Se, por um lado, há avanços importantes, por outro, permanecem silenciamentos, resistências e lacunas que indicam a necessidade de aprofundar essas discussões no âmbito da RAPS.

Cartografar, nesse contexto, foi também deixar-se afetar por essas presenças e ausências. Foi reconhecer que o conhecimento produzido aqui não é neutro, nem externo, mas situado, implicado e atravessado pelas experiências vividas no campo. Como já anunciado ao longo do trabalho, esta pesquisa não se faz sobre o território, mas com ele — e, portanto, também se transforma a partir dele.

Se há algo que esta travessia permite afirmar, é que o cuidado em saúde mental, especialmente no contexto amazônico, não pode ser pensado fora da relação com o território. Um território que não é apenas geográfico, mas existencial, relacional e político. Um território líquido, em permanente movimento, onde o cuidado, assim como o rio, se faz nas correntes, nos desvios, nas confluências e nas margens.

Assim, mais do que responder a perguntas previamente formuladas, esta dissertação produziu outras questões, outros deslocamentos, outras possibilidades de pensar e fazer o cuidado. E talvez seja justamente aí que reside sua principal contribuição: não em oferecer respostas fechadas, mas em abrir caminhos, em sustentar a complexidade, em afirmar a potência do cuidado que se inventa no cotidiano.

Ao final desta travessia, permanece a compreensão de que o cuidado em ato é sempre inacabado. Ele não se encerra nos limites do serviço, nem nas páginas desta dissertação. Ele continua nos encontros que seguem acontecendo, nas práticas que seguem sendo reinventadas, nas vidas que continuam sendo atravessadas por essas experiências.

Se esta pesquisa é um rio, suas águas não param aqui.

Elas seguem.

E talvez o gesto mais ético que esta cartografia pode oferecer seja justamente este: não interromper o fluxo, mas seguir acompanhando, escutando e sustentando as vidas que insistem em existir — mesmo nas margens mais estreitas, mesmo nas águas mais turbulentas.

### **Carta ao leitor — ou sobre aquilo que segue correndo**

Se você chegou até aqui, é porque também aceitou atravessar este rio.

Talvez, ao longo dessas páginas, você tenha encontrado não apenas conceitos, políticas ou análises, mas também histórias, encontros, afetos. Talvez tenha percebido que esta dissertação não se organiza como um mapa fechado, mas como um convite, um convite a

habitar o campo, a escutar o que se produz no cotidiano e a reconhecer que o cuidado não se dá fora da vida, mas no interior dela.

Escrever esta dissertação foi, para mim, mais do que um exercício acadêmico. Foi um processo de revisitar trajetórias, de sustentar perguntas, de me deixar afetar pelo campo e pelas pessoas que dele fazem parte. Foi, também, uma tentativa de não perder de vista aquilo que me move desde o início: as histórias.

Histórias que pedem para ser contadas.

Histórias que insistem em existir.

Histórias que produzem cuidado.

Ao longo dessa travessia, aprendi, mais uma vez, que cartografar não é dominar um território, mas deixar-se atravessar por ele. Que pesquisar não é explicar o mundo de fora, mas implicar-se com ele. E que o cuidado, quando produzido em ato, nunca é simples, linear ou previsível, ele é sempre encontro, sempre risco, sempre invenção.

Saio desta travessia com mais perguntas do que respostas. E talvez isso não seja um problema. Talvez seja justamente isso que mantém o rio em movimento.

Se há algo que desejo que permaneça após esta leitura, é a aposta de que o cuidado em saúde mental pode, e precisa, seguir sendo inventado. Nas brechas, nos encontros, nas margens, nos territórios. Mesmo quando tudo parece difícil, mesmo quando a rede falha, mesmo quando as condições são adversas.

Porque, como aprendi com o campo, a vida insiste.

E o cuidado, quando comprometido com a vida, também insiste.

Sigo, então, não como quem encerra, mas como quem continua navegando.

E te convido a seguir também.

## REFERÊNCIAS

- Abrahão, A. L., Merhy, E. E., Gomes, M. P. C., Tallemberg, C., Chagas, M. S., Rocha, M., Santos, N. L. P., Silva, E., & Vianna, L. (2012). O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. *Lugar Comum*, 39, 133-146.
- Adorno, R. C. F. (2000). A utopia da percepção: cultura e danos como o projeto de redução no mundo contemporâneo. *Drogas & 30 Anos de Redução de Danos*, 21(2), 40–49.
- Alarcon, S. (2012). Drogas Psicoativas: classificação e bulário das principais drogas de abuso. In S. Alarcon & M. A. S. Jorge (Eds.), *Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo* (pp. 103-129). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Alvarez, J., & Passos, E. (2009). Cartografar é habitar um território existencial. In E. Passos, V. Kastrup & L. da Escóssia (Orgs.), *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade* (pp. 131–149). Sulina.
- Alves, V. S. (2009). Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cadernos de saúde pública*, 25, 2309-2319.
- Amarante, P. (1995). *Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Amarante, P. (1995). Novos sujeitos, novos direitos: O debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*, 11(3), 491–494.
- Amarante, P. (2009). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P., & Nunes, M. de O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2067–2074.
- Amorim, A. K. M. A. (2008). *O serviço residencial terapêutico: cartografias de um híbrido no contexto da desinstitucionalização em saúde mental* (Tese de doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
- Bartoli, E. (2021). A sub-região do Baixo Amazonas e Boa Vista do Ramos/AM: Cidades pequenas e sistemas territoriais. *Pixo: Revista de Arquitetura Cidade e Contemporaneidade*, 5(19), 1–20.
- Bartoli, E., Schor, T., & Oliveira, J. A. de. (2020). Cidades médias na Amazônia: Ampliando percepções sobre a responsabilidade territorial de Parintins, AM, Brasil. *Terr@Plural*, 14, e2013253.

- Boccardo, A. C. S., Zane, F. C., Rodrigues, S., & Mângia, E. F. (2011). O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 22(1), 85–92.
- Borges, C. F., & Baptista, T. W. F. (2008). O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: A trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(2), 456–468.
- Brasil. (2001). Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2002). Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece normas e diretrizes para os Centros de Atenção Psicossocial. *Diário Oficial da União*.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2002). Portaria nº 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. *Diário Oficial da União*.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2003). Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2012). Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h (CAPS AD III). Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2013). Saúde mental. Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. (2022). Relatório situacional do Distrito Sanitário Especial Indígena Manaus. SEI/MS nº 0034349801.
- Campos, F. R. G. (2021). Festival Folclórico de Parintins: identidades e multiterritorialidades a partir das toadas dos bois Caprichoso e Garantido. *Caminhos de Geografia*, 169–186.
- Carniato, E. P., & Lucca, S. R. de. (2024). Sofrimento mental dos trabalhadores dos Caps: um olhar da gestão. *Saúde em Debate*, 48 (143), e9170. <https://doi.org/10.1590/2358-289820241439170P>.
- Cavallari, C., & Reale, D. (2000). Psicanálise e redução de danos: autonomia e mútua potencialização. *Drogas & 30 Anos de Redução de Danos*, 21(2), 73–81.

- Costa, L. B. da, & Amorim, A. S. L. (2019). Uma introdução à teoria das linhas para a cartografia. *Atos de Pesquisa em Educação*, 14(3), 912–933.
- da Costa, R. F. G., Silva, P. R. F., & Oliveira, M. M. (2018). No meio do caminho tinha um CAPS AD: Centralidade e lógica assistencial da rede de atenção aos usuários de drogas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(10), 3233–3245.
- da Fonsêca, C. J. B. (2012). Conhecendo a redução de danos enquanto uma proposta ética. *Revista Psicologia & Saberes*, 1(1), 11–36.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1995). *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia* (Vol. 1, A. G. Neto et al., Trans.). Rio de Janeiro: Editora 34. (Obra original publicada em 1980)
- Delgado, P. G. G. (2019). Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. *Trabalho, Educação e Saúde*, 17(2), e0021241. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212>
- Delgado, P. G. G. (2020). Voltando ao começo: desvelando os bastidores políticos da Lei Paulo Delgado. *Saúde em Debate*, 44(Esp. 3), 21–28. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E303>
- Dias, M. A. S., Lopes, L. O., & Marangoni, V. S. L. (2020). A política de redução de danos e a aplicabilidade do cuidado em uma unidade de saúde especializada a pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(2), 1943–1952. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n2-053>
- El Kadri, M. R., Santos, B. S., Lima, R. T. S., Schweickardt, J. C., & Martins, F. M. (2019). Unidade Básica de Saúde Fluvial: um novo modelo da Atenção Básica para a Amazônia, Brasil. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 23, e180613.
- Evaristo, C. (2017). *Becos da memória*. Rio de Janeiro, RJ: Pallas.
- Fonseca, M. N. S. (2017). Posfácio. Em C. Evaristo, *Becos da memória* (pp. 191–198). Rio de Janeiro, RJ: Pallas.
- Foucault, M. (1999). *Vigiar e punir: nascimento da prisão* (R. Ramallete, Trad.; 20ª ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2012). Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. *Revista Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, 6(2), 151–163.
- Garnelo, L., Sousa, A. B. L., & Silva, C. O. (2017). Regionalização em saúde no Amazonas: avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4), 1225–1234.
- Gomes, M. P. C., & Merhy, E. E. (Orgs.). (2014). *Pesquisadores IN-MUNDO: Um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental*. Porto Alegre: Rede Unida.

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2019). Cidades e estados: Parintins. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/parintins/panorama>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2023). Estimativas da população residente para os municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2023. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- Kastrup, V. (2007). O sujeito da cognição na perspectiva da cartografia: Por uma via micropolítica. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 7(2), 31–50.
- Kastrup, V. (2009). O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In E. Passos, V. Kastrup, & L. Escóssia (Orgs.), *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade* (pp. 32–51). Porto Alegre: Sulina.
- Kastrup, V., & Barros, L. P. de. (2009). Cartografar é acompanhar processos. In E. Passos, V. Kastrup & L. da Escóssia (Orgs.), *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade* (pp. 52–75). Sulina.
- Leal, R. C. (2022). Afecções e afetos em Spinoza: sua contribuição para a psicologia.. *Sapere Aude*, 13(25), 359-369.
- Lopes Neto, D., Vieira, H. W. D., Arruda, A. T., & Farina, H. A. D. (2009). Atenção à saúde mental no Amazonas, Brasil: um olhar sobre os centros de atenção psicossocial. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1(2).
- Lopes, L. O. (2011). Análise da prática da atenção psicossocial em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Amazonas.
- Machado, A. R., Modena, C. M., & Profeta da Luz, Z. M. (2020). Das proposições da política às práticas dos serviços: há novidades nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas? *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 30(1), e300118. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300118>
- Machado, L. V., & Boarini, M. L. (2013). Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. *Psicologia: ciência e profissão*, 33, 580-595.
- Machado, M. H. (2023, 10 de março). Pesquisadora da ENSP saúda mulheres trabalhadoras da saúde, que representam 77% da força de trabalho do setor. Informe ENSP. Fiocruz. Recuperado de <https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/53876>
- Martins, F. M. (2021). As saúdes na Amazônia ribeirinha: análise do trabalho em saúde no território líquido (Tese de doutorado). Universidade Federal do Amazonas, Programa de Pós-Graduação em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia.

- Melo, L. S. de. (2020). Dificuldades para adesão ao tratamento em Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas: perspectiva do usuário [Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo]. FFCLRP-USP.
- Mendes, R., Pezzato, L. M., & Sacardo, D. P. (2016). Pesquisa-intervenção em promoção da saúde: desafios metodológicos de pesquisar “com”. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(6), 1737–1745. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.07392016>
- Merhy, E. E. (2002). Saúde: a cartografia do trabalho vivo (3ª ed.). São Paulo: Hucitec. (Coleção Saúde em Debate, 145).
- Merhy, E. E., & Franco, T. B. (2003). Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. *Saúde em Debate*, 27(65), 316–323.
- Merhy, E. E., & Franco, T. B. (2008). Trabalho vivo em ato. In Fundação Oswaldo Cruz (Org.), *Dicionário da educação profissional em saúde* (pp. 278–284). Rio de Janeiro: Fiocruz. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-749564>
- Mesquita, F. (2000). Redução de danos. In F. Mesquita & F. I. Bastos (Orgs.), *Drogas & 30 anos de redução de danos* (pp. 10–17). São Paulo: Instituto de Saúde.
- Mori, M. E., & Oliveira, O. V. M. (2014). Apoio institucional e cogestão: a experiência da Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) no Distrito Federal, Brasil. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 18(Supl. 1), 1063–1075. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0316>
- Navarro, R. M., Salimo, Z. M., & Schweickardt, J. C. (2025). A história da política de saúde mental no Amazonas: da institucionalização à reforma psiquiátrica. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 14, e5914. <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpds.2025.e5914>
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2006). *Relatório Mundial da Saúde, Trabalhando Juntos pela Saúde*. Genebra - Organização Mundial da Saúde.
- Pardo, A. B. T. (2022). Casa de acolhimento temporário para pessoas em situação de rua (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal do Amazonas.
- Passos, E. H., & Souza, T. P. (2011). Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicologia & Sociedade*, 23(1), 154–162.
- Passos, E., & Benevides de Barros, R. (2009). A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In E. Passos, V. Kastrup & L. da Escóssia (Orgs.), *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade* (pp. 17–31).
- Passos, E., & Souza, T. P. (2009). Redução de danos no Brasil: Aspectos históricos e políticos. In S. Tedesco & M. L. Nascimento (Orgs.), *Ética e subjetividade* (pp. 96–110). Sulina.

- Passos, E., Kastrup, V., & Escóssia, L. (Orgs.). (2009). *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Editora Sulina.
- Petuco, D. (2000). As três ondas da redução de danos no Brasil. *Drogas & 30 Anos de Redução de Danos*, (pp. 94–103). São Paulo: Instituto de Saúde.
- Pires, V. de S. (2014). Festival folclórico de Parintins: turismo e os impactos espaciais no ambiente urbano. *Somanlu: Revista de Estudos Amazônicos*, 14(1), 99–113.
- Reis, G. C. dos. (2024). Sentidos atribuídos à estratégia de redução de danos por estudantes de Psicologia: discussões e vivências durante a formação (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal do Amazonas.
- Ribeiro, M. M., & Bellini Júnior, A. C. (2000). Conceito de redução de danos em políticas públicas relacionadas a drogas. In F. Mesquita & F. I. Bastos (Orgs.), *Drogas & 30 anos de redução de danos* (pp. 32–39). São Paulo: Instituto de Saúde.
- Rolnik, S. (2006). *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo* (2ª reimpressão). Porto Alegre, RS: Sulina/Editora da UFRGS.
- Ronzani, T. M., & Furtado, E. F. (2010). Estigma Social Sobre o Uso de Alcool. *J Brasileira de Psiquiatria*, 59(4), 326-332.
- Santos, L. G., Tavares, E. de S., & Ferreira, B. de O. (2024). Disputas, fragmentos e contradições: excertos narrativos acerca da Rede de Atenção Psicossocial no Amazonas. In R. Tobias, F. G. Leles, & M. C. R. F. de Lima (Orgs.), *Planejamento e políticas de saúde na Amazônia: Fundamentos e caminhos* (pp. 238–263). Editora Rede UNIDA
- Santos, V. E., Soares, C. B., & Campos, C. M. S. (2010). Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 20(3), 995–1015.
- Sawaia, B. B. (2006). Introduzindo a afetividade na reflexão sobre estética, imaginação e constituição do sujeito. In S. Z. Da Ros, K. Maheirie, & A. V. Zanella (Orgs.), *Relações estéticas, atividade criadora e imaginação: Sujeitos e (em) experiência* (pp. 85–94). NUP/CED/UFSC.
- Schweickardt, J. C., Soares, E. P., Guedes, T. R. O. N., Reis, A. E. S., & Freitas, J. M. B. (2021). Somos ribeirinhos: pensamento, território e cuidado em saúde. In E. P. Soares et al. (Orgs.), *A arte do cuidado em saúde no território líquido: conhecimentos compartilhados no Baixo Rio Amazonas, AM* (pp. 8–19). Rede UNIDA.
- Schweickardt, J.C; Lima, R.T.L; Simões, A.L; Freitas, C.M. & Alves VP. (2016). Território na atenção básica: abordagem da Amazônia equidistante. In: Ceccim, R.B. [et al.] (Orgs).

- In-formes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede. Porto Alegre: Rede Unida.
- Silva, L. H., Passos, A. P. P., Luz, E. R. L., & Dutra, J. S. (2024). Burnout de profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial na pandemia de Covid-19. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 24, e25106. <https://doi.org/10.5935/rpot/2024.25106>
- Silva, L. L. P., Almeida, A. B., & Amato, T. C. (2019). A perspectiva dos profissionais sobre o processo de alta de pacientes do Caps-AD: critérios e dificuldades. *Saúde em Debate*, 43(122), 819–835.
- Soares, E. P., Schweickardt, J. C., Florêncio, C. R., Guedes, T. R. O. N., Reis, A. E. S., & Freitas, J. M. B. (2021). Caminhos da pesquisa na ilha Tupinambarana: uma abordagem participativa, Parintins, AM. In E. P. Soares et al. (Orgs.), *A arte do cuidado em saúde no território líquido: conhecimentos compartilhados no Baixo Rio Amazonas*, AM (pp. 20–26). Rede UNIDA.
- Souza Filho, Z. A. de, Rabelo, J. S. F., Ramos, C. L., Pêgas, P. D. L., & Becker, S. G. (2013). Experiência exitosa em saúde mental: consultório de rua no interior do Amazonas. *Anais do Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade*, 12, 32.
- Souza, A. C., Amarante, P. D., & Abrahão, A. L. (2019). Inclusão da saúde mental na atenção básica à saúde: estratégia de cuidado no território. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(6), 1757–1763. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0806>
- Souza, T. de P. (2007). *Redução de danos no Brasil: A clínica e a política em movimento* [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal Fluminense].
- Wakida, E. K., Talib, Z. M., Akena, D., Okello, E. S., Kinengyere, A., Mindra, A., & Obua, C. (2018). Barriers and facilitators to the integration of mental health services into primary health care: A systematic review. *Systematic Reviews*, 7(1), 211. <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0882-7>.

**ANEXOS**

### ANEXO A - Atividade de Futebol externa no Kimura Park



**Fonte:** Autora, 2025.

### ANEXO B - Atividade de Futebol externa no Kimura Park



**Fonte:** Autora, 2025.

### ANEXO C - Bumbódromo de Parintins.



**Fonte:** Autora, 2025.

#### ANEXO D - Capacitação das equipes dos CAPS's de Parintins sobre a RAPS



**Fonte:** Autora, 2025

#### ANEXO E – CAPS AD II Parintins



**Fonte:** Autora, 2026

#### ANEXO F - Casa da Cultura – Parintins



**Fonte:** Autora, 2025

#### ANEXO G - Casa da Cultura em Parintins



**Fonte:** Autora, 2025

#### ANEXO H - Casa da Cultura em Parintins



**Fonte:** Autora, 2025

#### ANEXO I - Corredor CAPS AD II



Fonte: Autora, 2025

#### ANEXO J - Corredor CAPS AD II



Fonte: Autora, 2025

#### ANEXO K - Encontro de assistentes sociais no CAPS AD



Fonte: Autora, 2026

#### ANEXO L - Grupo de Música



Fonte: Autora, 2026

#### ANEXO M - Grupo terapêutico



**Fonte:** Autora, 2025

**ANEXO N - I encontro da pesquisadora com a equipe do CAPS AD II de Parintins**



**Fonte:** Autora, 2021

**ANEXO O - III Seminário Regional realizado pelo CAPS AD II de Parintins**



**Fonte:** Autora, 2025

#### **ANEXO P - IV Seminário Regional realizado pelo CAPS AD II de Parintins**



**Fonte:** Autora, 2026

#### **ANEXO Q - Oficina de artesanato**



**Fonte:** Autora, 2026

#### **ANEXO R - Oficina de artesanato**



**Fonte:** Autora, 2026

#### **ANEXO S - Oficina de Artesanato CAPS AD II Parintins**



**Fonte:** Autora, 2025

#### ANEXO T - Oficina de Culinária CAPS AD II Parintins



**Fonte:** Autora, 2025

#### ANEXO U - Oficina de Xadrez CAPS AD II Parintins



**Fonte:** Autora, 2025

## ANEXO V - Recepção CAPS AD II



**Fonte:** Autora, 2025

## ANEXO W - Rede do tempo - corredor do CAPS AD



**Fonte:** Autora, 2025

#### ANEXO Y - Roda de Conversa



**Fonte:** Autora, 2026

## ANEXO Z - Sala Coletiva CAPS AD II



Fonte: Autora, 2025

## ANEXO A1 - Sala de Grupo CAPS AD II



Fonte: Autora, 2025

## ANEXO B2 - Terra das águas - Chegando em Parintins na cheia



**Fonte:** Autora, 2026

### ANEXO C3 – Festival de Parintins



**Fonte:** Autora, 2023

### ANEXO D4 – Festival de Parintins



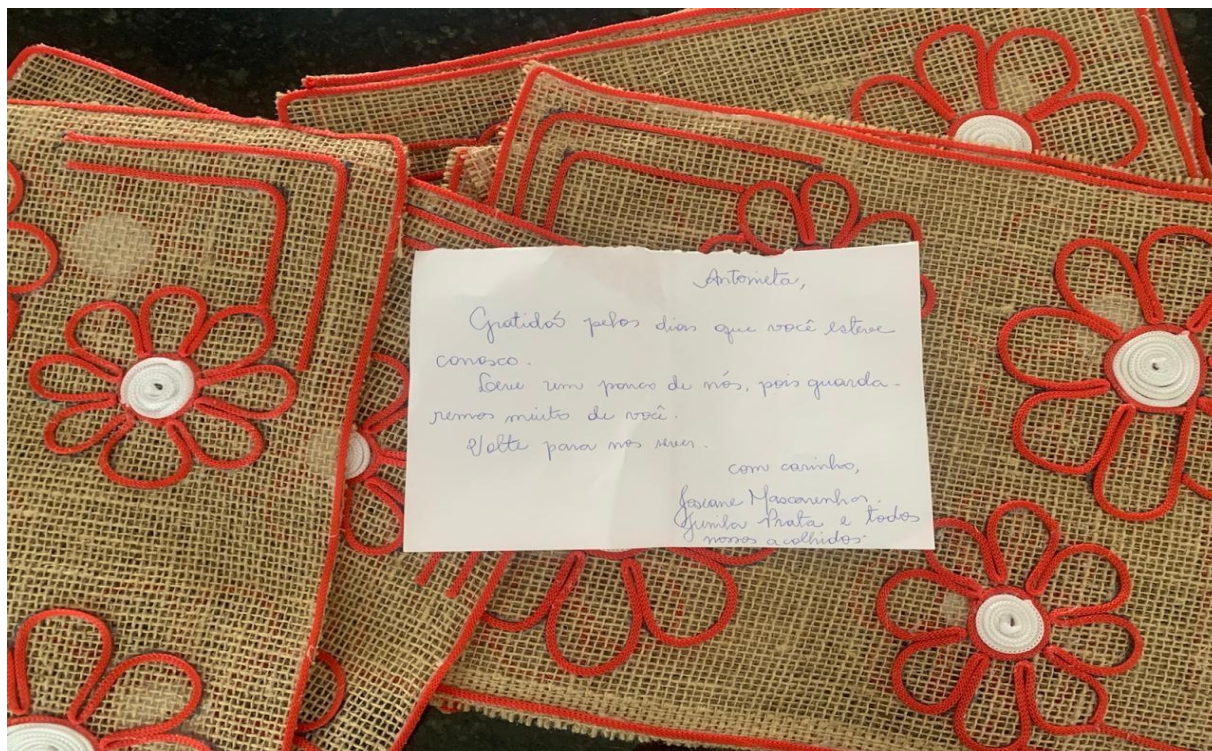
**Fonte:** Autora, 2023

#### ANEXO E5 – Pintura no Bumbódromo de Parintins



**Fonte:** Autora, 2025.

#### ANEXO F6 – Presente recebido na oficina de artesanato



**Fonte:** autora, 2026

#### **ANEXO G7 – Viagem de barco para o Festival Folclórico de Parintins**



**Fonte:** Autora, 2023

#### **ANEXO H8: Viagem de barco para o Festival Folclórico de Parintins**



**Fonte:** Autora, 2023