

Joana Angélica Macedo Oliveira

“Efeitos transversais da supervisão clínico-institucional na rede de saúde mental”

Rio de Janeiro

2012

Joana Angélica Macedo Oliveira

“Efeitos transversais da supervisão clínico-institucional na rede de saúde mental”

Tese apresentada à banca examinadora da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Psicologia Clínica, sob orientação do Professor Doutor Eduardo Henrique Passos.

Rio de Janeiro

2012

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do Gragoatá

O48 Oliveira, Joana Angélica Macedo.

“Efeitos transversais da supervisão clínico-institucional na rede de saúde mental” / Joana Angélica Macedo Oliveira. – 2012.

124 f.

Orientador: Eduardo Henrique Passos.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia, 2012.

Bibliografia: f. 108-115.

1. Saúde mental. 2. Doença mental. 3. Psiquiatria. I. Passos, Eduardo Henrique. II. Universidade Federal Fluminense. Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia. III. Título.

Titulação: Doutor em Psicologia Clínica

Banca Examinadora:

Orientador Prof. Dr. Eduardo Henrique Passos

Prof. Dr. Auteríves Maciel Júnior

Prof. Dr. José Maurício Manguiera Viana

Prof. (a). Dr.(a). Cristina Rauter

Prof. (a). Dr.(a). Silvia Tedesco

Prof. (a). Dr.(a). Regina Dias

Data da defesa: 30.08.2012

“Estes problemas traçam um conjunto de caminhos. Os textos aqui apresentados, e os autores considerados são tais caminhos. Uns são mais curtos, outros são mais longos, mas eles se cruzam, tornam a passar pelos mesmos lugares, aproximam-se ou se separam, cada qual oferece uma vista sobre os outros. Alguns são impasses fechados pela doença. Toda obra é uma viagem, um trajeto, mas que só percorre tal ou qual caminho exterior em virtude dos caminhos e trajetórias interiores que a compõe, que constituem sua paisagem ou seu conserto.”

Gilles Deleuze (1997, p. 9).

Dedico esta tese à minha filha Mianon com todo meu amor e à minha avó Joana Macedo com eterna saudade.

Dedico também aos usuários, trabalhadores e gestores da saúde mental que apostaram nessa aventura transversal.

Agradecimentos

Este trabalho foi construído a partir de uma rede de articulações transversais que reúnem:

O meu orientador, Eduardo Henrique Passos, que me acolheu no doutorado com cuidado, por sua grande generosidade e precisão no acompanhamento dos trajetos e afetos que constituíram todo o trabalho;

A minha filha querida Mianon um divisor de águas cristalinas da minha vida;

A minha família querida: Anita minha mãe, Nenê, Esther, Pilar, Rommeo e Gabriel;

A minha querida amiga e irmã Luzia por sua cumplicidade inquestionável;

O Sérgio pela experiência de parceria;

A Luciana Pitombo pela delicadeza e generosidade de sua escuta;

A doce Ana que me ensinou a arte zen de viver;

A equipe do CAPS Linda Batista: Pedro, Roberta, Israel, Mariel, Luis Felipe, Izabel, Mônica, Ângelo, Beth, Joselene, Josilam, Helena, Solange, Dulce pelos contágios e alianças que experimentamos juntos;

A equipe da Policlínica Amaral Peixoto: Carlos, Jaqueline, Márcio, Silvia, Mônica, André, Deonir, Angélica, Sidnéia pela experiência de abertura intensiva que vivemos juntos;

As poderosíssimas intercessoras Regina Benevides e Paula Cerqueira pelas contribuições valiosas por ocasião do exame de qualificação que multiplicaram os trajetos e afetos desse trabalho;

O querido Auteríves Maciel que, com suas aulas intensas de filosofia, desafiou-me ao exercício de criação;

O querido Maurício Mangueira Viana pelas lições que desbravaram caminhos novos.

A Cristina Rauter pela escuta clínica desse trabalho;

A Silvia Tedesco pelo carinho com que acolheu essa pesquisa;

O João Luiz Viegas por sua grande generosidade, amigo que mora do lado esquerdo do peito.

O grupo de orientação coletiva pela escuta clínica desse trabalho. Segundas inesquecíveis;

O grupo de filosofia do Espaço Carioca, companheiros das tardes intensas dos sábados;

O grupo Limiar pela transversalidade do pensamento;

A Rita pelo apoio e dedicação ao Doutorado de Psicologia da UFF;

Os usuários, trabalhadores e gestores da rede de saúde mental do Rio de Janeiro;

A Déia pelo apoio infraestrutural;

A FAPERJ, pelo financiamento desta pesquisa;

Resumo

A pesquisa de novas formas de assujeitamento exercidas em dois serviços substitutivos de saúde mental (CAPS) indicou-nos uma modulação da relação de **tutela**, operada pelo antigo manicômio, para o **controle** dos serviços ditos “abertos”. Nessa complexa operação, situamos o perigo de modulação da série **doença mental – tutela – manicômio** para outra que pode comportar outros perigos: **doença mental – controle – serviços abertos**. A análise das políticas de subjetivação em serviços de saúde mental, por sua vez, forneceu-nos pistas para problematizar três tipos de cronicidades que vêm sendo constituídas em novos modos de atenção e de gestão da loucura: **1) cronicidade dos usuários** que são retidos nos muros invisíveis dos Caps; **2) cronicidade dos profissionais** que não colocam em análise os modos de atenção e de gestão, muito menos as instituições que estão sendo produzidas e reproduzidas nestas organizações; **3) cronicidade dos dispositivos em saúde mental**, efeito da inexistência ou fragilidade da rede de atenção em saúde pública que não amplia nem conecta os diferentes serviços, que tendem a possuir “porta de entrada”, mas, muitas vezes, não possuem “porta de saída”. A intuição nos forçou a pensar que podem existir redes relacionais geradoras de comunicações burocráticas, fechadas, frágeis e empobrecidas que perpetuam a relação manicomial, diluindo-a por todo *socius*. Por outro lado, podem emergir comunicações transversais que operam graus de abertura comunicacional, criando efeitos-subjetividades de aquecimento e de expansão da rede de usuários, trabalhadores e gestores. **O objetivo** desta pesquisa foi fazer uma cartografia dos efeitos transversais disparados na rede de saúde mental a partir do dispositivo-supervisão. Para isso, tomamos como caso crítico-clínico para análise a rede de saúde mental da AP 3.3 Eixo Pavuna/Anchieta no município do Rio de Janeiro - RJ. **A metodologia** partiu da análise cartográfica de dois dispositivos: a Supervisão clínico-institucional da equipe do CAPS Linda Batista e a Supervisão clínico-institucional do Eixo Pavuna/Anchieta. **Concluimos** que a supervisão é um dispositivo que faz operar uma rede transversal ativadora de conectividade e de efeitos de coletivização na rede de saúde do Eixo Pavuna/Anchieta. Trata-se de um dispositivo clínico-institucional que não se adere às formas instituídas da atenção e da gestão, isto é, não se identifica nem com os trabalhadores nem com os gestores, nem com os usuários. Na realidade, é um dispositivo que coloca em questão as identidades. Dispositivo que é articulador de redes (rede de trabalhadores ou equipe, rede de gestores, rede de usuários e rede de serviços).

Palavras-chave: subjetividade, transversalidade, saúde mental.

Abstract

The research of new ways of submission exerted in two substitutive services of mental health (CAPS) has show us a modulation of **guardianship** relation, operated by the former madhouse, in the control of the said “open” services. In this complex operation, we point out the modulation danger of the series - **mental illness - guardianship - madhouse** to another that may host other dangers: **mental illness - control - open services**. The analysis of the subjectivation policies in the mental illness services, however, has supplied us with clues to problematize the three types of chronicities that are being constituted in news modes of attention and management of madness : **1) chronicity of the users** that are held in inside the invisible walls of the Caps; **2) chronicity of the professionals** who don't put in analysis the modes of attention and management, much less the institutions that are being produced and reproduced in this organizations; **3) chronicity of the devices in mental health**, result of the lack or fragility of the public health care network which doesn't expand nor connects the different types of services, which tend to have a “entry door”, but, most of the times, don't show an “exit route”. Intuition has forced us to think that may exist generating relational networks that are bureaucratic, closed, fragile and impoverished that perpetuate the asylum, diluting it throughout the *socius*. On the other hand, can emerge cross communications operating degree of communicational opening, creating effects-subjectivities of heating and expansion of the network of users, works and managers. **The objective** of this research was to bring a cartography of the cross effects launched in the mental health network from the device-supervision. To do this, we took as a critical-clinic case to analysis the mental health network of the AP 3.3 Eixo Pavuna/Anchieta in Município do Rio de Janeiro - RJ. **The methodology** came from the cartographic analysis of two devices: the Supervision clinic-institutional of the CAPS staff Linda Batista and the Supervision clinic-institutional of the Axis Pavuna/Anchieta. **We conclude** that the supervision is a device which makes operate a cross network that triggers connectivity and the effects of collectivization in the health network of the Axis Pavuna/Anchieta. It is a clinical-institutional device which doesn't adhered to the imposed forms of attention and management, that is, it doesn't identify neither with the workers and managers, nor with the users. In reality it is a device that puts in question the identities. Device that is the articulator of networks (network of workers or team, network managers, network of users and network services).

Keywords: subjectivity, transversality, mental health.

Lista de Abreviaturas e Siglas

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde

CSN – Conselho Nacional de Saúde

ONG – Organização não governamental

PSF – Programa Saúde da Família

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UFF – Universidade Federal Fluminense

Sumário

Linhas de Abertura	2
Primeira Cartografia Intensiva: Tecedura do Plano Problemático da Pesquisa-Intervenção	8
Segunda Cartografia Intensiva: A Composição Plano da Pesquisa.....	18
Trajeto 1: Impressões sensíveis de um trajeto e a experimentação afetiva de um meio	18
Trajeto 2: Paisagens que compõem o território da AP.3.3 Eixo/Pavuna Anchieta.....	20
Trajeto 3: O tema da supervisão como uma função de apoio na saúde	22
Trajeto 4: O Apoio Institucional e a Política Nacional de Humanização	24
Trajeto 5: Dispositivo-transversalisante, não mestria que opera por “super-visão”	26
Trajeto 6: A supervisão na rede de saúde mental do Município do Rio de Janeiro	34
Trajeto7: A encomenda da supervisão no eixo Pavuna/Anchieta da AP 3.3	37
Trajeto 8: A retomada do processo de Supervisão no Eixo Pavuna-Anchieta.....	41
Trajeto 9: A chegada da supervisão ao CAPS Linda Batista	42
Trajeto 10: Efeitos-subjetividade da Gestão em Saúde Mental no Eixo Pavuna/Anchieta ..	46
Trajeto 11: A constituição do Fórum de Saúde Mental na AP. 3.3.....	47
Trajeto 12: A retomada do espírito crítico que deu origem à Reforma Psiquiátrica Brasileira: A experiência Fórum na rede de saúde.....	47
Terceira Cartografia Intensiva: composição dos conceitos-ferramenta	50
A concepção de rede	50
A emergência da noção de rede no processo da reforma sanitária.....	58
Desvio I: A Dimensão Funcional da Rede de Saúde	60
A psiquiatria democrática italiana e a rede psicossocial	62
Desvio II: A Dimensão Afetiva da Rede de Saúde.	64
Desvio III: A Dimensão Intensiva na/da Rede de Saúde	65
Desvio IV: A Dimensão Pública da Política da Rede de Saúde.....	72
Desvio V: A Dimensão Criativa da Rede de Saúde	73
Quarta Cartografia Intensiva: os dispositivos.....	77
Trajeto 13: A supervisão do CAPS Linda Batista.....	77
Trajeto 14: A supervisão do Eixo Pavuna/Anchieta.	87
Linhas de despedida e abertura.....	98
Referências	108
Documentos Consultados	114

Linhas de Abertura

A pesquisa de mestrado sobre as novas formas de assujeitamento exercidas em dois serviços de saúde mental (CAPS) revelou uma modulação das linhas de forças que constituem o exercício de poder no contemporâneo. Constatamos uma transformação da relação de **tutela**, operada pelo antigo manicômio, para o **controle** dos serviços ditos “abertos”. A modulação sofrida pelo exercício de poder coloca um problema gravíssimo para os atores da reforma psiquiátrica. Para a manutenção da relação manicomial com a loucura não é imprescindível o manicômio. Isso implica dizer que a relação manicomial pode persistir enquanto modo de sentir, de compreender, de perceber, de pôr-se em relação, de conectar, de agenciar, de construir alianças entre os atores que compõem o processo de desinstitucionalização da loucura. Nesse sentido, as formas de atenção e de gestão exercidas nos serviços territoriais, descentralizados e “abertos” podem se configurar em novos modos de sobrecodificação, de segmentação, captura e controle a céu aberto que perpetua a relação manicomial.

Isso foi o que revelou a discussão sobre as políticas públicas de subjetivação em serviços de saúde mental, indicada pela pesquisa de mestrado, que forneceu-nos pistas para problematizar três formas de cronicidade constituídas a partir de novos modos de atenção e de gestão do cuidado em serviços substitutivos de saúde mental: **1) cronicidade dos usuários, 2) cronicidade dos profissionais 3) cronicidade dos dispositivos em saúde mental**. Quando ponho em análise esses três modos de cronificação, quero chamar atenção para efeitos-subjetividade - de retração, constrangimento e esfriamento - que expandem a relação manicomial para além e aquém dos muros do manicômio.

Apesar dos efeitos de cronicidade retratarem um movimento de esfriamento num contexto muito específico da saúde pública em Aracaju, no estado de Sergipe, tais evidências abriram-nos a um novo campo problemático. A intuição nos forçou a pensar que podem existir redes relacionais geradoras de dinâmicas burocráticas, fechadas, frágeis e empobrecidas que perpetuam a relação manicomial, diluindo-a por todo o *socius*. Por outro lado, podem emergir comunicações transversais que operam graus de abertura, criando efeitos-subjetividade de aquecimento e de expansão da rede de usuários, trabalhadores e gestores.

Situamos, assim, o problema da atual pesquisa: como uma dinâmica transversal que pode gerar tanto efeitos-subjetividade de expansão, de aquecimento, de contágio, de

propagação e de diferenciação das linhas em conexão quanto de retração, de esfriamento, de estagnação, de endurecimento e de empobrecimento de suas linhas.

Não resta dúvida de que o contexto político da atual pesquisa é outro, diferente daquele em que mergulhamos na pesquisa de mestrado. A nova pesquisa-intervenção se dá, agora, numa metrópole que foi uma das pioneiras na luta dos trabalhadores pelo processo de desinstitucionalização da loucura. A abertura do novo campo problemático nos instigou a fazer uma cartografia dos efeitos transversais disparados na rede de saúde mental a partir do dispositivo-supervisão. Para isso, tomamos como caso crítico-clínico para análise a rede de saúde mental da AP 3.3 Eixo Pavuna/Anchieta no município do Rio de Janeiro - RJ.

O plano de constituição dessa pesquisa-intervenção foi composto por muitos trajetos e muitos desvios: os encontros poderosos com o núcleo de subjetividade do mestrado de psicologia da Universidade Federal Fluminense, a supervisão da rede de saúde mental de São Gonçalo/RJ, a supervisão da rede de saúde mental do Eixo Pavuna/Anchieta no município do Rio de Janeiro. Cada um desses trajetos constituindo-se como uma rede transversal.

O encontro com o modo de funcionamento em rede da saúde mental do território Pavuna/Anchieta produziu as marcas nesse trajeto que desafiou tanto a criação de outros modos de funcionamento da saúde mental daquele território quanto a realização dessa pesquisa como operadores analíticos que se distinguem, mas não se separam da experiência clínico-política no cotidiano da rede de atenção.

Tomamos essas marcas e a escrita desta tese acompanhando Gilles Deleuze, para quem o intolerável se oferece como um bom motivo para se escrever, sendo a função da escrita a de liberar-nos de um excesso. Servimo-nos desses excessos à medida que puderam deslocar-nos de nós mesmos, fazendo passar na escrita o invisível da própria experiência. Em outras palavras, fazendo viver na escrita sua dimensão impessoal, afetiva, intensiva, pública e criativa.

Se a narrativa dessa tese se avizinha da filosofia, da literatura, da música, da poesia, é porque acreditamos na sua força de criação. Não tivemos a intenção de fazer apenas um relato da experiência, mas nossa intenção foi forçar a abertura no texto para que a experiência pudesse recriar sua cor e língua.

Foi percorrendo esse desafio que nos valem da cartografia para narrar esse processo. Escolhemos a cartografia como método porque ela nos permite acompanhar os trajetos e afetos, não como descrição apenas do que foi vivido, mas sim a própria experiência emergindo em ato, obedecendo a uma lógica de urgência da experiência e consequentemente

da escrita. Dessa maneira, as quatro cartografias que apresentamos nesta pesquisa são composições desses trajetos e afetos guiados por uma rede de articulações transversais.

Na **primeira cartografia** apresentamos a construção do problema da tese, partindo da pesquisa de mestrado. Apresentamos a construção de duas séries paralelas e contemporâneas que funcionam como linhas de forças modulantes do exercício de poder no contemporâneo. Situamos o perigo de modulação da série **doença mental – tutela – manicômio** para outra que pode comportar outros perigos: **doença mental – controle – serviços abertos**. Problematizamos a perpetuação da relação manicomial presente nos modos de atenção e de gestão quando permanecem no cotidiano dos usuários, dos profissionais, dos gestores e dos equipamentos da rede de saúde mental. A discussão sobre as três formas de cronicidade presentes nos modos de atenção e de gestão realizadas nos serviços substitutivos de saúde mental levou-nos à constatação de um regime de “abertura”, que ao mesmo tempo pode produzir fechamento. Mostramos que em cada um desses regimes de cronicidades o grau de abertura comunicacional é baixo, indicando um movimento de esfriamento da rede e, conseqüentemente, uma posição assujeitada dos usuários, profissionais, gestores e serviços.

Isso implica dizer que nas práticas substitutivas ao manicômio há um modo de estabelecer relação entre usuários, profissionais, gestores e serviços que comporta um movimento paradoxal à medida que produz tanto um funcionamento quente quanto um funcionamento frio da rede de saúde mental.

A **segunda cartografia** é composta por doze trajetos, cada um comportando sua potência e sua singularidade. No primeiro trajeto, descrevo impressões sensíveis de um deslocamento espaço-temporal pela Avenida Brasil, que faz retornar o desejo de que uma função-supervisão possa novamente acontecer agora no Eixo Pavuna/Anchieta.

O segundo trajeto percorre as linhas que compõem o território da área AP 3.3 Eixo/Pavuna Anchieta: os nove bairros que constituem esse território, a população do CAPS Linda Batista e as atividades que constituem este serviço.

O terceiro trajeto traz o tema da supervisão como uma função de apoio na saúde. Para seguir o percurso, trouxemos a contribuição de autores vinculados, principalmente, à saúde coletiva, tomando-os como intercessores na pesquisa-intervenção no território Pavuna/Anchieta.

O quarto trajeto discute o apoio institucional afirmado como diretriz e como dispositivo proposto pela Política Nacional de Humanização em fase de consolidação por todo

território nacional. Utilizamos como intercessores nesse processo autores aliados à saúde coletiva e à filosofia da diferença.

O quinto trajeto problematiza o processo da supervisão como um dispositivo transversalizante em resistência ao lugar de mestria que opera por “super-visão”. Na primeira parte, lançamos mão de autores intercessores, aliados, principalmente, à filosofia da diferença, para pensar o dispositivo-supervisão no CAPS enquanto recurso metodológico de que a rede de saúde mental lança mão para construir o cuidado e gerir o cuidado naquele território. Na segunda parte, descrevemos sucintamente o funcionamento do processo de supervisão no CAPS Linda Batista e no Eixo Pavuna/Anchieta. Na terceira parte, construímos, na vizinhança com autores intercessores vinculados à filosofia da diferença e à análise institucional, as balizas éticas que nortearam o processo de supervisão clínico-institucional do Eixo Pavuna/Anchieta.

O sexto trajeto narra a implantação do processo de supervisão no município do Rio de Janeiro, os desafios e enfrentamentos experimentados por cada um de nós que continua apostando na transversalização das políticas públicas na rede de saúde mental.

O sétimo trajeto discute a encomenda dirigida pela coordenação de saúde mental ao coletivo de supervisores e a interrupção do processo de supervisão no Eixo Pavuna/Anchieta em dezembro de 2008.

O oitavo trajeto problematiza a dificuldade de retomada do processo de supervisão no Eixo Pavuna/Anchieta. Questiona uma concepção de clínica que opera por uma cisão entre clínica e política, atenção e gestão, macro e micropolítica, entre produção de saúde e produção de subjetividade.

O nono trajeto descreve as impressões sensíveis da supervisão ao chegar ao CAPS Linda Batista, o funcionamento da equipe do CAPS, a emergência de surpresas, interrogações e desafios.

O décimo discute os efeitos-subjetividades da Gestão em Saúde Mental no Eixo Pavuna/Anchieta. A mudança da gestão municipal e a paralisação de um projeto político que funcionara há doze anos.

O décimo primeiro trajeto trata da constituição do Fórum de Saúde Mental na AP. 3.3, entendendo-o como uma aposta coletiva de enfrentamento aos impasses e dificuldades com a saúde mental na área programática 3.3.

O décimo segundo trajeto discute a retomada do espírito crítico que deu origem à Reforma Psiquiátrica Brasileira: a experiência Fórum na rede de saúde teceu resistências às linhas de força que nos expulsavam para fora dessa mesma rede.

Na terceira cartografia coube-nos uma pequena pausa no trajeto para fabricação da caixa de ferramentas singular. Constituímos nossos operadores conceituais. A primeira parte apresenta o conceito de rede a partir do primado ontológico da relação, segundo Gilles Deleuze e Félix Guattari (1995) em *Mil Platôs*. A segunda parte traz o sentido ambíguo e paradoxal da dinâmica pública e coletiva das redes no contemporâneo. Compreende-se que tais redes comportam, ao mesmo tempo, abertura, deixando escapar linhas de fuga criadoras de novas formas de existência e/ou fechamento, capturando a potência de diferir da vida. A terceira parte delinea a emergência da noção de rede no processo da reforma sanitária com seus desafios e perigos. A quarta e última parte visa ampliar o sentido de rede a outras dimensões ainda pouco sensíveis enquanto experiência: **funcional, afetiva, intensiva, pública e criativa.**

A **quarta cartografia** põe em cena os dispositivos: a supervisão do CAPS Linda Batista e a supervisão do Eixo Pavuna/Anchieta. A supervisão do CAPS Linda Batista traz a narrativa do caso Bruno/William como analisador do baixo grau de transversalidade presente na equipe do CAPS e na rede de saúde mental do Eixo Pavuna/Anchieta que, nesse momento, dava sinais de paralisia, de esfriamento, marcando uma posição assujeitada dos profissionais. A discussão e construção coletiva do caso Bruno/William colocou em análise o funcionamento da rede de saúde mental, forçando-nos a traçar alianças mais amplas entre a atenção e a gestão nos diversos níveis da rede, criando abertura para a emergência de outros sentidos, ou seja, outras dimensões de rede na saúde mental.

A supervisão do Eixo Pavuna/Anchieta põe em análise a organização dos processos de trabalho na Policlínica Amaral Peixoto. Essa organização produzia como efeitos-subjetividade o baixo grau de transversalidade presente entre a equipe de profissionais (psiquiatras, psicólogos, enfermeiros) e a gestão da policlínica; entre a gestão da policlínica e a articulação do território; entre gestão da policlínica e a coordenação da CAP 3.3; entre a policlínica (trabalhadores, gestão) e os outros equipamentos do território. Traçamos um perfil dos usuários atendidos pela Policlínica Amaral Peixoto e dos modos de cuidado ofertados aos usuários acolhidos pela equipe de saúde mental. Esse estudo revelou que não bastava apenas contratar mais profissionais para enfrentar a dificuldade de acesso naquele serviço. Era necessário transformar também a gestão dos processos de trabalho. Começamos a experimentar transformações a partir do acolhimento da demanda espontânea por meio dos grupos de recepção. A experiência coletiva dos grupos de recepção operou uma transversalização do cuidado e da gestão na nova equipe de saúde mental que emergia, dando sinais de intensividade, potência coletiva e criação.

Por último, quero frisar que a intenção desta tese não é, de modo algum, propor um novo modelo de supervisão para a rede de saúde mental. Queremos acompanhar a experiência de articulação de uma rede transversal que emerge com a abertura intensiva, ativadora e amplificadora de conectividade, de encontros, de contágios, de atrações, de alianças, de composição de forças. Interessa-nos avaliar os efeitos de coletivo na rede de saúde do Eixo Pavuna/Anchieta.

Primeira Cartografia Intensiva: Tecedura do Plano Problemático da Pesquisa-Intervenção

A pesquisa de novas formas de assujeitamento exercidas em dois serviços substitutivos de saúde mental (CAPS) indicou-nos uma modulação da relação de **tutela**, operada pelo antigo manicômio, para o **controle** dos serviços ditos “abertos”, levando-nos, na pesquisa de mestrado, à construção de duas séries paralelas e contemporâneas que se apresentam como linhas de forças modulantes do exercício de poder. Nessa complexa operação, situamos o perigo de modulação da série **doença mental – tutela – manicômio** para outra que pode comportar outros perigos: **doença mental – controle – serviços abertos** (OLIVEIRA, J., 2006; OLIVEIRA, J.; PASSOS, 2007). Vale dizer que, por um lado, se há uma intensa luta pelo esvaziamento processual dos manicômios, por outro, o surgimento dos novos serviços territoriais “abertos” como, por exemplo, os CAPS, no entanto, pode não significar o fim da relação manicomial com o corpo social. Essa constatação nos força a problematizar a experiência de uma relação manicomial que não prescinde necessariamente do manicômio para continuar existindo. Essa questão coloca um problema gravíssimo para os atores da reforma psiquiátrica (usuários, profissionais e gestores) que compõem a luta a favor do movimento de desinstitucionalização da loucura. Cabe dizer, com isso, que as práticas exercidas nos serviços territoriais, descentralizados e “abertos” podem se configurar em novos modos de sobrecodificação, de segmentação, de captura e controle a céu aberto. Não se está, em hipótese alguma, imune a esses efeitos que podem constituir outras formas de perigo. O movimento pela autonomia dos usuários dos serviços substitutivos pode correr o risco de coincidir com o momento de uma nova captura a céu aberto na rede de serviços.

Mas devemos enunciar cuidadosamente o que significa manter a relação manicomial sem necessariamente conservar o manicômio. Ora, se os antigos manicômios como, por exemplo, o de Paracambi, Casa de Saúde Dr. Eiras, e o de Rio Bonito, Hospital Colônia Rio Bonito, ambos localizados no Estado do Rio de Janeiro, estão sendo processualmente desativados e fechados, pode-se dizer que essa tem sido uma luta construída no bojo do movimento de desinstitucionalização da loucura. É preciso salientar que estamos trabalhando durante anos a fio, decompondo, peça por peça, as regras e as necessidades da custódia, para que a experiência vívida dessas pessoas que vem sofrendo os efeitos de antigas institucionalizações, ou aqueles que vivem constantemente a iminência de alguma crise não seja mais capturada por uma relação manicomial com o corpo social. Claro está que o esvaziamento dessas “instituições totais” não garante, de saída, o fim da relação manicomial.

Tudo se passa num movimento estranhíssimo que tem nos deslocado do lugar, forçando-nos ao exercício do pensamento, provocando-nos indagações e estranhamentos quando nos vemos diante da transformação do exercício de poder que se dá por uma modulação da relação de **tutela**, encarnada pelo antigo manicômio, para outra relação de **controle** operada pelos “serviços abertos”. Uma relação não menos perigosa, nem menos perversa que a primeira.

Chamo atenção para a modulação desse novo exercício de poder que pode se constituir mediante uma relação de controle dos fluxos subjetivos que passa a ser exercido a céu aberto, conforme afirma Gilles Deleuze (1992), “*Post-scriptum*, sobre as sociedades de controle”, cujo artigo problematiza as novas formas de captura produzidas pelo contemporâneo.

Desejamos seguir enfrentando este problema porque intuímos que as formas de agenciar, de estabelecer relação entre usuários, profissionais, gestores e a própria rede de serviços podem molecularizar a relação manicomial. Nesse sentido, a relação manicomial em práticas de saúde mental existe não apenas enquanto movimento iatrogênico inerente ao manicômio, mas pode persistir enquanto modo de sentir, de compreender, de perceber, de pôr-se em relação, de conectar, de agenciar, de construir alianças entre os atores que compõem o processo de desinstitucionalização da loucura. O processo de produção da relação manicomial não depende necessariamente do manicômio para existir. Trata-se de um modo de construir o tecido relacional, que se estende capilarmente por toda rede social, ultrapassando os limites dos muros das instituições totais.

Queremos dizer com isso, que a relação manicomial pode permanecer viva por meio das redes relacionais que atravessam o cotidiano dos usuários, dos profissionais, dos gestores e dos equipamentos da rede de saúde mental. A intuição nos força a pensar que podem existir redes relacionais geradoras de dinâmicas burocráticas, fechadas, frágeis e empobrecidas que perpetuam a relação manicomial, diluindo-a por todo o *socius*. O que estamos nomeando como uma conexão produtora de baixa porosidade é aquela que não comporta alianças, constituindo um “tempo relacional crônico” que não produz diferenciações no modo de cuidar, muito menos de gerir o cuidado. Uma relação que não se reduz ao manicômio, mas se constitui de ideias, de preconceitos, de percepções, de afetos, de sensações, de relações que podem expandir a permanência do manicômio para além (ou aquém) de seus muros.

A produção relacional pouco porosa pode impedir a criação de uma prática de *cuidado do trabalho vivo em ato*¹ (MERHY, 1997) dos atores sociais (usuários, profissionais e gestores) que constituem o movimento de desinstitucionalização da loucura. A relação manicomial permanece tal qual a badalada de um relógio que teve o tempo da mudança abortado, indicando que são sempre cinco horas, não restando, por isso, nada mais a fazer a não ser sentar-se resignadamente à mesa para tomar o chá das cinco como na passagem descrita por Lewis Carrol em *Alice no país das maravilhas*.

Devemos desdobrar essa problemática para compreender o que esse tempo morto comporta. Alice diria: tudo isso é muito estranho... Estranhíssimo! A potência que dança dentro desse devir-menina que acompanha a cartografia da experiência do cuidado e da gestão do cuidado em saúde mental, estranha as badaladas que soam no relógio, indicando que são sempre cinco horas. Vê-se que, de saída, esse tempo relacional é senhor das catatonias. Olha! É curioso perceber que o tempo turbilhonar da velocidade atual, da urgência, do imediatismo, das soluções e resolutividade imediata pode coexistir com a imutabilidade dos modos de estabelecer conexão entre usuários, trabalhadores, gestores e equipamentos da rede de saúde mental, constituindo um paradoxo difícil de ser habitado. Causa-nos perplexidade constatar que embora haja uma tentativa de esvaziamento processual dos manicômios a relação manicomial pode permanecer viva por meio de um modo relacional de construir o cuidado na rede de saúde mental que não inclui o eterno “Deus Mu-dança”. Mas o que de fato aborta a plenitude do eterno “Deus Mu-dança²”?

Em sua perspectiva crítica, Amarante (1996) diferencia a desospitalização da desinstitucionalização, sobretudo, por entendê-la como medidas de cunho administrativo que acabam por criar desassistência na medida em que não se questiona os saberes que autorizam esse modo de cuidar manicomial. Não produz, portanto, uma transformação real no modelo de cuidado, nem de gestão do cuidado. Tal modelo seria menos a substituição do manicômio por outros equipamentos de assistência e mais a análise dos processos de trabalho para produzir reposicionamentos subjetivos, vizinhanças nas práticas de cuidado e de gestão do cuidado, dirigidas às pessoas que experimentam uma relação de sofrimento com o corpo social.

Podemos dizer que a desospitalização é um dos efeitos produzidos por projetos de psiquiatria de tradição preventiva e comunitária que realizam uma crítica à centralização na

¹ Conceito trabalhado por Emerson Merhy: O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, S. *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p. 125-141.

² Verso trabalhado por Gilberto Gil: O Eterno Deus Mu-dança, 1989. MPG.

assistência hospitalar. Entretanto, é preciso evitar que continuemos inspirando-nos, tanto no paradigma psiquiátrico tradicional, quanto assumindo a validade de seus princípios. O perigo é o de tomar a desinstitucionalização apenas como a correta aplicação do saber e das técnicas psiquiátricas, seu simples rearranjo e condução administrativa.

Na organização de um panorama mundial e, mais especificamente, na prática experimentada no Brasil, vê-se que, por um lado, a desospitalização consiste na diminuição de leitos, no aumento do número de altas e na criação de serviços alternativos ao manicômio. O Relatório do Instituto Franco Basaglia (BRASIL, 2007) aponta que o movimento de desospitalização dos portadores de transtornos mentais do município do Rio de Janeiro continua em curso. Entre 2002 e 2006 houve uma queda no quantitativo de leitos psiquiátricos de 51.393 para 39.567 e uma redução do percentual de internações psiquiátricas de 75,18% para 48,67%. A quantidade de CAPS subiu de 424 para 1.000 e o índice dos atendimentos extra-hospitalares aumentou de 24,82% para 51,33%. Por outro lado, sua organização está voltada, sobretudo, para objetivos de cunho administrativo, porque limita a sua intervenção à redução dos custos hospitalares aos cofres públicos, não problematizando os modos de cuidado e de gestão desse mesmo cuidado presentes nos serviços substitutivos que continuam alimentando a existência de uma relação manicomial agora diluída por toda a cidade (AMARANTE, 1996).

Operar com rede de serviços aberta não quer dizer que o funcionamento manicomial esteja morto. A relação manicomial pode ser restaurada, estendendo-se em sua dimensão capilar, relacional, de contágio por todo território social. Significa dizer que embora haja uma luta para a extinção progressiva de internações em manicômio, se a relação manicomial também não for dissolvida, as pessoas que sofrem de um transtorno mental continuarão sem condições de criar redes afetivas, intensivas, públicas e criativas que instaurem novos modos de existência. Nesse sentido, recebem “alta” dos hospitais psiquiátricos e permanecem neles durante anos a fio, outros conseguem “alta”, são acolhidos nos serviços substitutivos, correndo o risco de serem capturados por um duplo movimento: os pacientes menos graves podem permanecer vinculados a estes serviços durante muitos anos. Já os mais graves, em crise, que realmente precisam ser acolhidos pelos serviços podem ser repentinamente reinternados, cumprindo assim resignadamente suas sinas em um funcionamento de porta giratória nas enfermarias de curta e de longa permanência dos institutos. E, outros ainda mais cronificados continuam no manicômio pela duração de uma vida. Essas linhas sintomáticas podem emergir mediante modos de construir as relações de cuidado e gestão do cuidado onde, na maioria das vezes, as dimensões: funcional, afetiva, intensiva, pública e criativa,

construídas entre os usuários, profissionais, gestores e os serviços, ganham pouca ou nenhuma expressividade e porosidade. Apostamos que a expansão dessas dimensões de rede possa ser desafiadora de nossa potência de cuidar e de gerir o cuidado coletivamente entre usuários, profissionais, gestores e a própria rede de serviços.

Nesse sentido, a discussão das políticas públicas de subjetivação em serviços de saúde mental, realizada na pesquisa de mestrado, forneceu-nos pistas para problematizar três tipos de cronicidades que vêm sendo constituídas em novos modos de atenção e de gestão dos processos de cuidado em torno da saúde mental: **1) cronicidade dos usuários** que são retidos nos muros invisíveis dos CAPS; **2) cronicidade dos profissionais** que não colocam em análise os modos de atenção e de gestão, muito menos as instituições que estão sendo produzidas e reproduzidas nestas organizações; **3) cronicidade dos dispositivos em saúde mental**, efeito da fragilidade ou inexistência de redes de trabalho vivo que atravessem as dimensões dos usuários, dos profissionais, dos gestores e dos serviços que compõem o território, garantindo uma efetiva abertura dos CAPS que tendem a possuir “porta de entrada”, mas, muitas vezes, não possuem “porta de saída”.

A gravidade dessa situação colocou-nos diante de questões espinhosas na afirmação do movimento de desinstitucionalização da loucura. Naquele momento da pesquisa, interessou-nos problematizar as práticas realizadas nos serviços substitutivos ao manicômio. Tornava-se imprescindível cartografar as políticas de subjetivação que tais práticas implicavam. Questionava que tipo de relação poderia haver entre a lógica manicomial, cronicidade e a situação atual das práticas de cuidado e de gestão desse cuidado na rede de saúde mental. Deparava com a criação de serviços “abertos” que funcionam de uma forma fechada. Chamava atenção a coexistência de um regime de “abertura”, mas que ao mesmo tempo produzia fechamento. Via a emergência de uma figura paradoxal que criava um problema.

Na pesquisa da dissertação de mestrado (OLIVEIRA, J., 2006), verificou-se uma dependência dos usuários em relação aos serviços substitutivos. Tais relações geraram **efeitos de cronicidade** quando os usuários eram acolhidos e permaneciam, por anos a fio, nos CAPS, tornando-se parte destes serviços, chegando, às vezes, a se orgulharem de ocupar esta condição de antigos usuários destes serviços. É bem verdade que a forma de cuidado constituída nestes serviços é bastante diferente daquela efetuada nos manicômios. Não dá para deixar de mencionar que há casos de usuários no CAPS cuja relação de referência não se constitui como uma situação de cronicidade. Já que existem projetos terapêuticos que constroem um processo de autonomia sem necessariamente implicar uma alta do serviço. No

entanto, cabe ficar atento para não estar criando outros tipos de cronicidade que modulam a forma de assujeitamento asilar. Afinal, a retenção dos usuários nos CAPS, a produção de dependência dos mesmos frente aos cuidados dos especialistas e o aumento vertiginoso da demanda ambulatorial nos CAPS também podem se configurar como outra forma de cronicidade dos usuários.

Neste caso, há necessidade de colocar em análise a permanência dessas pessoas nesta rotina que acaba ficando interminável. Torna-se necessário uma constante avaliação do projeto terapêutico individual de cada usuário. Trata-se de construir não só fluxos de encaminhamentos para outros serviços da rede, mas, principalmente, criar redes de cuidado que não passem, exclusivamente, pelos CAPS, mas que refiram a uma rede intersetorial e comunitária. Ainda norteada pela mesma análise, constatou-se que a **cronicidade dos profissionais** dizia respeito a uma dificuldade dos mesmos de relacionar a discussão clínica dos processos de cuidado com a gestão dos processos de trabalho, como se estas atividades fossem eminentemente atividades estanques. É importante frisar, mais uma vez, com Barros (2003), que a clínica nos CAPS não pode ser pensada separada da gestão dos processos de trabalho que estão se constituindo nestes espaços. Não há possibilidade de construção de novos modos de cuidar se os profissionais não experimentarem mais autonomia nos processos de gestão desses cuidados. Torna-se indispensável que os profissionais também possam se reposicionar nesse processo, participando da construção do seu próprio trabalho de cuidar. Essa atitude exige que o cuidado, ou seja, a prática clínica exercida não se restrinja, apenas, a uma especialidade a ser ofertada ao serviço, mas consista em um processo de trabalho a ser construído continuamente e gerido coletivamente.

Vale esclarecer com isso que a construção de uma nova forma de cuidado nestes serviços não pode se concretizar enquanto os profissionais também não experimentarem mais autonomia para modificar os modelos rígidos de gestão e as práticas de cuidado segmentadas pelos especialismos. Isso coloca outra dificuldade, efeito da formação segmentarizada que muitas vezes se presentifica fortemente nos profissionais, mesmo naqueles que estão afinados com o processo de desinstitucionalização da loucura. O desafio, então, é manter a tensão entre o cuidado e a gestão do cuidado, o que requer experimentar a prática clínica como um exercício que se constitui para além de qualquer especialidade profissional, devendo ser vivida como um trabalho diário que precisa ser não só incessantemente construído na interface com outras disciplinas, mas também gerido de modo corresponsável nos coletivos. É justamente na tensão entre o trabalho vivo e o trabalho instituído como burocrático, que

inéditas formas de cuidado e gestão do cuidado podem efetivamente emergir. (BARROS, 2003).

A última forma de cronicidade pertencente a esta mesma análise se refere àquela que é produzida pela fragilidade ou inexistência de redes quentes de aliança, ou, melhor dizendo, por uma forma de estabelecer relação entre usuários, profissionais, gestores e os serviços, que produz fechamento e esfriamento da rede de cuidado e de gestão desse mesmo cuidado. Em cada um desses regimes de cronicidades o grau de abertura comunicacional é baixo, indicando um movimento de esfriamento da rede e, conseqüentemente, uma posição de assujeitada dos usuários, profissionais, gestores e serviços.

Convém ressaltar que os efeitos de cronicidade cartografados na pesquisa da dissertação de mestrado são evidências que levam em consideração um contexto muito específico da saúde pública em Aracaju no estado de Sergipe. Nesse contexto específico do estado de Sergipe, a política de constituição da rede de saúde mental indicou-nos um movimento de fechamento na época em que a pesquisa cartográfica foi realizada em 2004.

No entanto, a conjuntura política da pesquisa atual é outra. Situamos esta nova pesquisa-intervenção numa metrópole que, juntamente com a experiência de Santos, foi uma das pioneiras no espírito crítico dos trabalhadores que deu origem à Reforma Psiquiátrica Brasileira. Interessa-nos problematizar os efeitos-subjetividade que a supervisão clínico-institucional pode disparar na rede de saúde mental do município do Rio de Janeiro.

Doravante, nesta nova pesquisa, no lugar de retomar as situações encontradas no trabalho da dissertação de mestrado, o desejo foi de construir uma cartografia dos efeitos transversais que o dispositivo-supervisão pode disparar na rede de saúde mental. Para isso, tomaremos como caso crítico-clínico de análise a rede de saúde mental da AP 3.3 Eixo Pavuna/Anchieta no município do Rio de Janeiro/ - RJ.

Vale à pena compreender com Passos e Barros (2004) que a dimensão político-econômica de organização do *socius* no contemporâneo se constitui como uma dinâmica que se dá na forma das redes do capital. Tem-se, na dinâmica dessas redes, um sentido de coexistência paradoxal na medida em que elas comportam, ao mesmo tempo, comunicações transversais que se dão entre elementos heterogêneos, ou seja, linhas de fuga criadoras de novas formas de existência; e linhas de perigo, ou seja, linhas de endurecimento e fechamento que aprisionam, constituindo formas sintomáticas de experimentar a realidade, onde o produto se separa de seu processo de produção. Trata-se de uma rede que comporta um movimento paradoxal porque produz um funcionamento quente e um funcionamento frio. Tais redes experimentam uma dinâmica quente quando operam comunicações transversais, criando

efeitos-subjetividade de multiplicidade, de expansão da rede e de diferenciação contínua do plano de subjetivação. Esse plano de produção heterogenético pode disparar efeitos-subjetividade de resistência aos efeitos de verticalização, hierarquização, serialização e assujeitamento, gerando a aquiescência da rede. No entanto, há uma dinâmica de esfriamento quando essas redes operam produzindo nós que funcionam como concentrados de poder, capturando o movimento reticular de expansão e de aquecimento da rede, forçando-a a uma estagnação, catatonia, paralisia. Em outras palavras, há uma tendência ao esfriamento quando identificamos em sua dinâmica cartográfica a predominância de linhas duras produtoras de concentrados de poder que geram efeitos de verticalização, hierarquização, oposição, dicotomização, ou efeitos de homogeneização, serialização e assujeitamento. Verificamos que a concentração de poder em um nó da rede compromete o grau de abertura transversal intra e intergrupos, conferindo uma posição assujeitada à dinâmica dos usuários, trabalhadores e gestores numa tendência fria da rede de serviços de saúde mental produtora de cronicidade, seja nos usuários, seja nos profissionais, seja nos gestores, seja nos equipamentos que constituem a rede.

Quando ponho em análise a **cronificação dos usuários, a cronificação dos profissionais** e, por fim, **a cronificação dos equipamentos da rede de saúde mental**, desejo chamar atenção para efeitos-subjetividade: de retração, constrangimento e esfriamento que expandem a relação manicomial para além e aquém dos muros do manicômio.

Ora, se, por um lado, a forma de conectar gerar manejo distribuído da gestão a partir de aumento da dimensão coletiva de forças, há experimentação de efeitos de diferenciação, inaugurando uma posição sujeito numa tendência aquiescente da rede. A potência dessa conectividade gera um plano híbrido, heterogenético, constituinte de uma comunicação transversal na rede de serviços de saúde. Por outro lado, se a forma de conectar desenvolver nós concentracionários de poder, há um comprometimento do grau de abertura transversal intra e intergrupos, inaugurando uma posição de assujeitada entre usuários, profissionais, gestores e serviços num movimento de esfriamento da rede de saúde, concomitante à instalação de uma relação manicomial aberta e capilar que se expande por toda rede social como se fosse um polvo a espalhar seus tentáculos, exalando tristeza, constrangimento, raiva, má consciência, angústia, indiferença, agressividade, retração, fechamento, servidão, assujeitamento, controle etc.

Enfrentar o desafio de criar efeitos transversais em saúde mental e, mais especificamente, dentro de uma aposta dos princípios e diretrizes de bases susistas, coloca-nos

diante da problemática de pensar como se produz uma política transversal em rede quando o modo da captura também se faz em forma de rede. Quais são os diversos sentidos de rede que operam e seus efeitos? O que significa construir uma política transversal nas políticas públicas de saúde mental? Entendemos a dimensão do coletivo como plano comum que produz a desestabilização do padrão de organização da realidade a partir de dois eixos: o eixo vertical que organiza as diferenças hierarquicamente e o eixo horizontal que organiza os iguais de maneira corporativa (PASSOS; BARROS, 2009a).

Na análise dos novos perigos pós-desospitalização e do controle produzido a céu aberto nas práticas de cuidado e gestão do cuidado em saúde mental, problematizamos os efeitos gerados nas políticas de subjetividade quando a vida torna-se ponto de incidência das estratégias de poder. Compete-nos pensar o que fazer quando o exercício de forças pega de assalto a dimensão vívida da existência, tomando como seu foco de incidência a dimensão pulsional do viver que passa a ser controlada a céu aberto e, ainda assim, imensamente capturada, segmentada, serializada, assujeitada e cerceada (OLIVEIRA, J.; PASSOS, 2009).

Quando tais forças investem capilarmente seus tentáculos sobre a dimensão vívida da existência, a resistência ao poder passa a se fazer em nome da vida. A vida passa a lutar contra as forças que produzem tristeza, retração, fechamento, constrangimento, servidão, assujeitamento e controle. Cabe então favorecer as forças que expandam a dimensão construtivista e desejante do viver. Forças que tornem a vida mais ampla, mais alegre, mais ativa, mais afirmativa. Há de se criar fissuras, fendas, rachaduras que possibilitem um aumento de potência vívida do/no vivo.

A aposta clínico-política não pode ser afirmada sem que consideremos a inseparabilidade entre produção de saúde e produção de subjetividade (CAMPOS, 2005; BARROS; PASSOS, 2005b). Operar na inseparabilidade de tais processos de produção implica uma transformação dos usuários, dos profissionais de saúde, e, em última análise, da própria gestão da rede de saúde mental. Esse *ethos* “atitude” exige, sobretudo, um reposicionamento subjetivo no sentido do protagonismo, autonomização e corresponsabilidade dos atores que compõem a política pública de saúde mental do Eixo Pavuna/Anchieta no município do Rio de Janeiro.

Não adianta mudarmos as práticas de saúde sem que mudemos a atitude dos sujeitos implicados nestas práticas. Consequentemente, afirmar a prática de cuidado em saúde mental em sua relação com os processos de produção de subjetividade implica, necessariamente, a atitude crítico-analítica das formas instituídas, o que nos compromete politicamente com a

cartografia das forças que estão em relação nos novos dispositivos de cuidado e de gestão do cuidado na saúde mental.

Doravante, é necessário esclarecer que o objetivo da pesquisa coloca-nos o desafio de construir uma metodologia que acompanhe a política de constituição de efeitos transversais na saúde mental que é o objeto desse trabalho. Nesse sentido, estamos criando uma narrativa afinada com a escolha do objeto da pesquisa. Inspiramo-nos com o *ethos* de pesquisa proposto por Passos e Barros (2009b). Os autores afirmam a existência de uma política da narratividade imanente a toda produção de conhecimento. Nessa direção, marcam a impossibilidade de pensar a escolha de uma posição narrativa desarticulada das políticas que compõem o jogo de forças, sejam elas políticas de saúde, políticas da subjetividade, políticas de pesquisa, políticas cognitivas. Ao segui-los nesta inflexão problemática, partimos da perspectiva de que toda produção de conhecimento se faz a partir da tomada de posição que nos implica politicamente.

Convém esclarecer que o sentido de política afirmado aqui é amplo, não cabendo restringi-lo, apenas, à arte de governar o Estado, mas relacioná-lo ao ato de circular pela cidade (*polis*), as conexões que ocorrem nos encontros, nas articulações locais que se dão entre os sujeitos sem mediação necessária das normas jurídicas e legais do Estado. Nessa perspectiva, a expressão daquilo que acontece conosco e daquilo que se passa com o mundo ao nosso redor é a afirmação de uma atitude que se constitui enquanto posicionamento político. Isso implica dizer que o conhecimento expresso em relação ao mundo e a nós mesmos não pode ser compreendido como uma questão meramente teórica, mas de saída diz respeito a um problema que é político (PASSOS; BARROS, 2009b).

Segunda Cartografia Intensiva: A Composição Plano da Pesquisa

Trajeto 1: Impressões sensíveis de um trajeto e a experimentação afetiva de um meio

Todas às terças-feiras, o deslocamento espaço-temporal inicia-se muito cedo! Ao atravessar a Baía de Guanabara, entro em contato com outros ritmos muito estranhos ao meu corpo. O centro do Rio de Janeiro sempre desperta frenético. O corre-corre das pessoas de um lado para o outro, as buzinas estridentes dos automóveis, as vias constantemente engarrafadas, a iminência de atos violentos advertem que é preciso acelerar! Tudo parece anunciar que estamos sempre em dívida com o tempo! O calor indica a temperatura máxima de um verão carioca sufocante. Um clima de urgência e tensão se presentifica. Sigo de ônibus numa velocidade quase mortífera. Em fração de segundos a paisagem que invade a janela vai se transformando. A nostalgia de um Rio quase barroco vai rapidamente dando lugar ao concreto cinza das fábricas, às revendedoras de multinacionais, aos outdoors de mulheres de biquínis, às favelas e trapiches que povoam de um lado e do outro uma avenida que reflete densas paisagens do subúrbio carioca. Esse trajeto sempre atualiza antigas sensações de viagens muito próximas. Vejo-me, há doze anos, saindo de Aracaju, capital de Sergipe rumo ao semiárido do sertão nordestino, mais especificamente, em direção ao município de Nossa Senhora da Glória para que uma função-supervisão pudesse ser efetuada no CAPS I “Luz do Sol”. Lembro-me como era difícil entrar em contato com a aridez que constituía não somente o clima quente e seco daquele lugar, mas a vegetação extremamente árida que colocava em dúvida a existência de vida ali, e, sobretudo, os hábitos, os valores, os afetos, as ideias, as percepções das subjetividades que brotavam daquela paisagem tão dura, árida e seca. Em segundos, experimento lembranças de tempos que se embaralham num presente espesso, prenhe de passado e futuro. Há misturas de sensações! O afeto conhecido naquela travessia insiste em habitar-me. Sinto arrepios! Respiro! O corpo pede um pouco de calma! Surpreendo-me, após doze anos, fazendo a mesma viagem. O que acontece no momento? Algo retorna intensamente, forçando-me ao deslocamento espaço-temporal pela Avenida Brasil. Mas de qual eterno retorno se trata, senão o do desejo de que uma função-supervisão possa novamente acontecer? Lá e aqui, experimento sensações entrelaçadas que me movem por um desejo de cartografar efeitos transversais que a pesquisa-intervenção pode disparar em serviços de saúde do Eixo Pavuna/Anchieta.

Chegou a hora da pesquisadora por suas manguinhas de fora, ganhando a cena ao pedir um pouco de calma à supervisora militante da Reforma. Ouço o refrão do compositor

Lenine, dizer: que quando tudo pede pressa, ele vai à valsa. Talvez seja preciso criar um tempo valsante ou um tempo zen para que o plano dessa pesquisa seja cuidadosamente construído. É necessário acreditar que o capital existencial acumulado em uma pequena valise, artesanalmente preparada durante esses doze anos, possa constituir linhas de flexibilidade, de elegância, de cuidado, de sensibilidade, de delicadeza, de firmeza e de suavidade necessárias à construção de uma pesquisa-intervenção que, por um lado, intervém em práticas de saúde mental e, por outro, faz a cartografia das práticas, compreendidas, aqui, como linhas em análise, incluindo aí as implicações da pesquisadora com a realidade investigada. Como pode ser possível separar tais funções tão intensamente presentes e tão imbricadas neste percurso? Ora a função-supervisão, ora a função-pesquisa. Quais forças hão de emergir agora? Quem há de falar nesse instante? Talvez um deslocamento precise ser construído para que o problema da pesquisa possa efetivamente ganhar consistência. Trata-se da criação de uma enunciação heterogenética em que a narrativa se transforma em uma enunciação coletiva que descreve não apenas sujeitos, objetos e meios, mas paisagens existenciais. Linhas afetivas, intensivas, políticas, econômicas, sociais, estéticas etc. Linhas de força que constituem como efeito de retroação os sujeitos, os objetos e o próprio meio, o supervisor e os supervisionados, pesquisa e pesquisador. Queremos frisar que há uma concepção de subjetividade intensamente encarnada nesta pesquisa que pede passagem, criando língua e corpo.

A subjetividade emerge como um efeito dessa rede transversal heterogenética, constituindo, portanto, nossa maneira de perceber, de agir, de pensar, de sentir, de ser afetado e afetar e de construir o mundo e ao mesmo tempo ser construído por ele. Esse plano múltiplo de forças produz nossa relação com a natureza, com os fatos, com o movimento, com o corpo, com a saúde, com o passado, com o futuro. Fabrica uma forma homem, sua relação com o mundo e consigo mesmo.

Nesse sentido, Félix Guattari (1998) dirá que em determinados contextos sociais uma subjetividade se individualiza, ou seja, uma pessoa dita como responsável por si mesma se posiciona em meio a relações de alteridade regidas por usos familiares, costumes locais, leis jurídicas etc. Já em outras condições, a subjetividade se faz coletiva, o que não significa dizer que ela se torne, por isso, exclusivamente social. Vale ressaltar que a noção de coletivo, aqui, tem o sentido de multiplicidade, polivocidade. Dessa maneira, a noção de coletivo não é um somatório de pessoas individualizadas, nem mesmo uma massa previamente homogeneizada e indiferenciada. O Coletivo é uma rede impessoal de conexões, agenciamentos múltiplos que

se entrecruzam, comportando, nele, virtualidades em vias de se atualizar (BARROS, 2007).

Como enfatiza Guattari (1998, p. 20):

O termo coletivo deve ser entendido no sentido de uma multiplicidade desenvolvendo-se para além do indivíduo do lado do socius, como também aquém da pessoa, do lado das intensidades pré-verbais, revelando mais uma lógica dos afetos que de uma lógica de conjuntos de bens circunscritos.

Arrisco-me a dizer que compreender a subjetividade como um processo de produção coletiva significa assumir, de saída, que se subjetiva por meio dos agenciamentos com o mundo, na composição de paisagens existenciais produtoras de acontecimentos. Desse modo, a partir da compreensão da subjetividade como um funcionamento em que interagem componentes heterogêneos, voltemos às paisagens existenciais experimentadas no deslocamento espaço/temporal que se dá entre Niterói e Guadalupe, pesquisa e pesquisador, teoria e prática, sujeitos, objetos e meios.

Num piscar de olhos, chego a Guadalupe. Vou avistando um cenário de aridez e pobreza que assusta. Há milhares de casas empilhadas umas às outras. Não há sinais de verde por aqui. Isso torna o clima ainda mais inóspito. Há um mar de cimento, de lajes sobrepostas umas sobre as outras, dando a impressão de algo inacabado ou mal acabado se estendendo até os olhos não alcançarem mais. Os tijolos das casas misturam-se ao monóxido de carbono da Avenida Brasil, produzindo um efeito envelhecido acinzentado que cheira a mofo. Apesar de fazer um calor de quase 40 graus, uma nuvem de chuva começa a cair. Quando desço do ônibus que sai disparado, vejo os vapores que sobem do asfalto ainda fervilhante, criando impressão de estar vendo miragens. Vou pulando de poça em poça, desviando-me dos esgotos que se encontram a céu aberto até chegar ao CAPS II Linda Batista. O clima de tensão e urgência anunciado no início dessa viagem ainda permanece, misturando-se àquela sensação de aridez recém-atualizada na memória intensiva que embaralha os portais do passado e futuro. Cabe indagar de qual aridez se trata agora? Como o lá e o aqui se misturam e se distinguem produzindo a sensação de um já vivido?

Trajeto 2: Paisagens que compõem o território da AP.3.3 Eixo/Pavuna Anchieta

Seguindo o trajeto espaço-temporal das paisagens que constitui a rede de saúde mental do eixo Pavuna/Anchieta, percebemos a importância de percorrer a singularidade que se expressa em um meio em que a produção de subjetividade está inserida, pois esse meio, ou seja, o trajeto é preenchido de afetos que se refletem nas subjetividades daqueles que o percorrem. Numa fração de segundos, damos-nos conta que doze anos se passaram. Encontro-

me novamente exercendo a função-supervisão em CAPS II, agora no município do Rio de Janeiro, no bairro de Guadalupe, área programática 3.3, eixo Pavuna/Anchieta que compreende nove bairros da zona norte da cidade: Osvaldo Cruz, Guadalupe, Anchieta, Parque Anchieta, Ricardo de Albuquerque, Coelho Neto, Acari, Barros Filho, Costa Barros e Pavuna. Esse eixo conta apenas com cinco equipamentos de saúde: a Policlínica Amaral Peixoto, o Posto de Saúde Nascimento Gurgel, a Emergência do PAM Rodolfo Rocco, CAPS II Linda Batista e o Instituto Psiquiátrico Nise da Silveira.

O CAPS Linda Batista foi inaugurado em 2004, sendo o único Centro de Atenção Psicossocial deste eixo, atendendo a um território povoado por uma população oficial de aproximadamente 450.000 habitantes (BRASIL, 2010); sendo a população toda da AP 3.3 estimada em 1.112.000 habitantes). Pode-se dizer que há um deserto sanitário instituído no eixo Pavuna/Anchieta, se formos levar em consideração o número de equipamentos de saúde frente à demanda populacional dessa região. Além disso, essa é uma área de intensa miséria. Há imensos buracos negros de pobreza. Mas de qual pobreza se trata? E qual o sentido da aridez vivenciada aqui? A pobreza que salta aos olhos diz respeito à inexistência de investimento econômico, político, social, urbano, cultural. Estético nem pensar! Isso produz uma dureza nos modos de sentir, perceber, ser afetado e afetar que ganha ares de brutalidade. Parece que se trata de formas duras de viver, construídas com o tempero de linhas bastante violentas. Uma violência que atravessa as relações conjugais, familiares, de amizade, de vizinhança, de saúde, de trabalho, comunitárias, profissionais, de cidadania etc. Esta violência está relacionada à outra produzida pela rede do tráfico que impera em determinados territórios em que até as equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) e a Empresa de Correios e Telégrafos não se arriscam em chegar. Os chefes do tráfico avisam, são taxativos: “se o doutorzinho e os pombos-correios subirem, não descem!... Mando passar o cerol!... Ou, mando tostar no micro-ondas!... Nada pode ameaçar o movimento!... É moleque!... O bagulho é doido!...” Dizem eles, no exercício de poder que cria uma tendência ao esfriamento na rede de saúde, como definem Passos e Barros (2004), dando um tom vermelho-sangue ao território que vive uma atmosfera cada vez mais desértica e árida. Há vários Atacamas sendo produzidos por aqui. No entanto, sejamos cautelosos. Não nos apressemos para colorir essa aquarela ainda por se fazer. Somos, doravante, cartógrafos estrangeiros às paisagens que constituem esses territórios existenciais. Importa ao pesquisador-cartógrafo, no exercício intenso de sua miopia, interrogar quais linhas de força compõem esse território, acompanhando os modos de subjetivação que advêm dessa composição de forças.

É nesse cenário de filme, candidato ao Urso de Ouro de Berlim, que uma equipe sobrevivente, constituída por um diretor, uma coordenadora clínica, um psiquiatra, três psicólogos, uma assistente social, uma enfermeira, duas terapeutas ocupacionais, uma administradora, uma professora de dança, uma musicoterapeuta, uma auxiliar administrativa, duas auxiliares de enfermagem, uma cozinheira, uma copeira, duas auxiliares de serviços gerais, dois porteiros e dois vigilantes, toma para si o desafio de iniciar a construção de uma rede progressiva e ininterrupta de cuidados intensivos em saúde.

Atualmente o CAPS II Linda Batista atende 483 usuários. Apesar de funcionar como CAPS II, o CAPS Linda Batista não oferece refeição diária aos usuários assistidos, ofertando apenas um pequeno lanche, afetando significativamente o projeto clínico-político desse serviço. O cuidado prestado aos usuários no CAPS II inclui as seguintes atividades: atendimento individual, atendimento em grupos (conscientização do movimento corporal, grupo terapêutico, musicoterapia, grupo de família, atendimento em oficinas terapêuticas - brincando de cinema, oficina de vídeo, geração de renda, oficina expressiva) e visitas domiciliares.

Trajetó 3: O tema da supervisão como uma função de apoio na saúde

A noção de apoio foi proposta por Gastão Wagner de Sousa Campos, como um conjunto de ferramentas teórico-práticas que visam articular o campo da política, da gestão e planejamento com saberes e experiências originários da psicanálise, da pedagogia e da análise institucional (CAMPOS, 2005, p. 63).

Ao propor o “apoio Paidéia”, também denominado “Método da Roda”, Campos (2003) busca uma proposta metodológica que transforme os tradicionais mecanismos de gestão. A partir desta perspectiva, o apoio visa ampliar a capacidade que as pessoas têm de buscar informações, interpretá-las, tendo por fim compreenderem-se a si mesmas, aos outros e ao contexto e, conseqüentemente, aumentar a possibilidade de agir ativamente sobre estas relações.

O desafio de reformular e ampliar as formas tradicionais de gestão levou Campos (2005) a definir a função ou o “apoio Paidéia” a partir de quatro dimensões: 1) coordenação, planejamento, supervisão e avaliação do trabalho em equipe; 2) promoção da interação entre os trabalhadores; 3) definição da gestão como exercício entre sujeitos com distintos graus de saber e de poder, e que produz efeitos sobre os modos de ser e de proceder destes sujeitos e das organizações; 4) instalação de cogestão de coletivos.

Cabe dizer que a função apoio parte do pressuposto de que todo trabalho possui uma tríplice finalidade, produzindo, com isso, efeitos em três sentidos distintos. Em primeiro lugar, interfere com a produção de bens ou serviços para pessoas externas à organização – trabalha-se para outro, por referência à equipe de operadores. Em segundo lugar, procura sempre assegurar a reprodução ampliada da própria organização; e, terceiro lugar, intervém com a produção social e subjetiva dos próprios trabalhadores e dos usuários (CAMPOS, 2003, p. 86). Verifica-se que a gestão tradicional, ao lidar com os trabalhadores e com os usuários como objeto, centra seu esforço nas duas primeiras finalidades, excluindo a terceira.

Em outras palavras, quando não se reconhece que a gestão é produto de uma interação entre pessoas, verifica-se, com frequência, uma tendência à produção de formas burocratizadas de trabalho, com empobrecimento subjetivo e social dos trabalhadores e dos usuários. Quando detectamos a predominância desse funcionamento na gestão, há indícios de que o grau de transversalidade entre gestores, trabalhadores e usuários esteja comprometido ou, na melhor das avaliações, esteja diminuído.

Nesse sentido, cabe à função apoio intervir não só a fim de reconhecer a diferença de papéis, de poder e de conhecimento, mas produzir relações construtivas entre os gestores, profissionais e usuários. Assim, entendemos a supervisão clínico-institucional, tal como realizada nos CAPS, como uma forma de apoio com prática de avaliação, envolvendo os próprios avaliados tanto na construção dos diagnósticos quanto na elaboração de novas formas de agir; ou seja, de criar formas democráticas para coordenar e planejar o trabalho. Formas que aproveitem e considerem a experiência, o desejo e o interesse de sujeitos que não exercem funções típicas de gestão (CAMPOS, 2003, p. 86).

A função apoio implica uma tentativa de lidar com o poder, com a circulação de afetos e com o saber de uma forma mais democrática. Pode-se dizer que há uma aposta radical na construção da democratização institucional e da cidadania. Dessa maneira, o apoio funciona menos como um lugar organizacional específico, e mais como um dispositivo de intervenção em coletivos. Ao apostar na metodologia do apoio como dispositivo de intervenção, a Secretaria de Saúde de Campinas/SP, em 2000, transformou o modo de atuação dos antigos supervisores de distrito e de programas, nomeando este novo dispositivo de apoio institucional (CAMPOS, 2003, p. 92).

Trajetos 4: O Apoio Institucional e a Política Nacional de Humanização

De acordo com o Documento Base da Política Nacional de Humanização (PNH), para gestores e trabalhadores do SUS (BRASIL, 2008), o apoio institucional é diretriz e dispositivo de ampliação da capacidade de reflexão, de entendimento e de análise dos coletivos, ajudando não só a qualificar sua própria intervenção, mas, sobretudo aumentando sua capacidade de produzir saúde.

O apoio institucional enquanto parte constituinte da PNH busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Assume como objetivo a mudança nas organizações, misturando e articulando conceitos e tecnologias advindas da análise institucional e da gestão. O apoio institucional constrói processos de gestão, propiciando suporte ao movimento de mudança deflagrado por coletivos, buscando fortalecê-los no próprio exercício da produção de novos sujeitos em processos de mudança. Compreende-se que o apoio institucional intervém em coletivos que se organizam para produzir saúde. O apoio institucional adota, portanto, como diretriz, a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos. Sendo assim, o trabalho de apoio institucional envolve sempre a constituição/inserção do apoiador em movimentos coletivos, ajudando na análise da instituição, buscando novos modos de operar e produzir das organizações de saúde. Opera em “uma região limítrofe entre a clínica e a política, entre o cuidado e a gestão – lá onde estes domínios se interferem mutuamente”, trabalhando no sentido da transversalidade das práticas e dos saberes no interior das organizações (BRASIL, 2008, p. 53).

Dessa maneira, o apoio institucional tem a função de: 1) ativar espaços coletivos por meio de arranjos ou dispositivos que propiciem a interação entre sujeitos; 2) reconhecer as relações de poder, afeto e a circulação de saberes, visando à viabilização dos projetos pactuados por atores institucionais e sociais; 3) mediar a construção de objetivos comuns e a pactuação de compromissos e contratos; 4) agir com os coletivos, interferindo em processos de qualificação das ações institucionais; 5) promover ampliação da capacidade crítica dos grupos, propiciando processos transformadores das práticas de saúde e contribuindo para melhorar a qualidade da gestão no SUS (OLIVEIRA, G., 2011).

Construída em 2003, a PNH surgiu com o objetivo de deflagrar um movimento ético, político e institucional para o enfrentamento e a superação dos modos de gestão e de cuidado em saúde incoerentes com o direito inalienável à saúde, com garantia de acesso universal e equitativo a práticas e ações integrais de saúde. Essa política emergiu tanto a partir dos acúmulos dos SUS, do reconhecimento dos avanços alcançados, da análise dos seus

paradoxos e desafios, quanto a partir de sua própria experimentação como política pública e prática social (PASCHE, 2009).

A PNH tomou como desafio efeitos que reverberavam a partir da 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000 (BRASIL, 2001), a qual clamava pela criação de princípios metodológicos, ou seja, “modos de fazer” que tornassem realidade os princípios e diretrizes do SUS prescritos na sua base jurídico-legal. Frente a esse desafio, a PNH realizou uma cartografia e análise de experiências do “SUS que dá certo” e, em consonância com as lutas do movimento de reforma sanitária contra as diversas formas de autoritarismo e centralismo presentes nas organizações de saúde, constituiu o método da tríplice inclusão³. Esse método, estabelecido como diretriz metodológica da PNH busca o fortalecimento dos coletivos para a ampliação de suas capacidades de análise e de intervenção, afirmando a inseparabilidade entre produção de saúde e produção de subjetividade. Desse modo, o apoio institucional torna-se um dispositivo proposto pela PNH para operacionalizar o método da tríplice inclusão (PASCHE; PASSOS, 2010).

De acordo Pasche e Passos (2010), os modos de fazer apoio na PNH caracterizam-se por: (1) ação intensivista; (2) agir por contágio; (3) exercer função de referência. Em primeiro lugar, o exercício do apoio institucional exige uma reversão da prática extensivista da ação ministerial para ações intensivistas. A construção dessas experiências singulares requer uma experimentação guiada pelo método da tríplice inclusão. O apoio institucional age localmente, na experiência concreta dos coletivos – junto com os sujeitos (lateralidade) e suas histórias, seus contextos. Toma a extensividade da política pública como efeito de propagação (por contágio de ações locais e intensivas). É uma prática que requer dispositivos em torno dos quais se articulam a repetição e a variação. Ao exercer sua função de referência, põe a funcionar determinado processo junto ao coletivo, aciona movimentos de mudança das práticas de saúde e acompanha o caminho nesse processo de transformação dos modelos de atenção e gestão na saúde. Assim, o exercício de cogestão transforma tanto as práticas de gestão quanto as de atenção, afirmando a inseparabilidade entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade.

³ (1) inclusão dos diferentes sujeitos - gestores, trabalhadores e usuários - no sentido da produção de autonomia, protagonismo e co-responsabilidade. Modo de fazer: rodas. (2) inclusão dos analisadores sociais, dos fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção/gestão, acolhendo e potencializando os processos de mudança. Modo de fazer: análise coletiva dos conflitos, entendida como potencialização da força crítica das crises. (3) inclusão do coletivo seja como movimento social organizado, seja como experiência singular sensível (mudança dos perceptos e dos afetos) dos trabalhadores de saúde quando em trabalho grupal. Modo de fazer; fomento das redes (BRASIL, 2008).

Quando nos pusemos a pensar os efeitos transversais que a função-supervisão poderia disparar em serviços de saúde mental do município do Rio de Janeiro, já experimentávamos, há muito anos, o processo de supervisão em serviços de saúde mental a partir da inseparabilidade entre clínica e política, entre atenção e gestão, entre produção de saúde e produção de subjetividade. É a partir da experiência de inseparabilidade entre esses domínios que incide a aposta de nossa pesquisa-intervenção. Isso, de saída, nos põe em total sintonia com o apoio institucional atualmente, afirmado como diretriz e como dispositivo proposto pela Política Nacional de Humanização em fase de consolidação por todo território nacional.

No entanto, gostaríamos de chamar atenção para a singularidade que este trabalho traz enquanto experiência de mergulho na dimensão intensiva da clínica e da política na rede de saúde do Rio de Janeiro. Dimensão intensiva que nomeamos aqui por comunicações transversais que se dão entre elementos heterogêneos, produzindo movimentos de diferenciação contínua.

Trajetos 5: Dispositivo-transversalisante, não mestria que opera por “super-visão”

Começo por afastar mistos mal analisados que são sempre os que aparecem como os mais óbvios e corriqueiros no processo de supervisão a equipes de saúde mental. No entanto, sejamos cuidadosos, não cabe, aqui, fazer um juízo de valor nem mesmo uma análise das práticas de supervisão no município Rio de Janeiro. Não é esse o foco de discussão dessa pesquisa-intervenção. Até mesmo porque esses doze anos de experiência com a supervisão clínico-institucional em serviços substitutivos na rede de saúde mental vêm nos indicando que é, sobretudo, na intercessão radical com outros regimes de saberes, de disciplinas, de interlocuções conceituais, de experiências singulares com a clínica, que se tece uma rede transversal, heterogênea e coletiva de saúde. No entanto, devemos ressaltar o que entendemos como particularidade do dispositivo-supervisão e como o experimentamos no CAPS enquanto recurso metodológico de que a rede de saúde mental lança mão para construir o cuidado e gerir esse mesmo cuidado. De início, precisamos definir o que estamos compreendendo como dispositivo.

Convocamos Foucault (1979), em seu artigo “Sobre a História da Sexualidade”, quando define o dispositivo a partir de três aspectos: a) o caráter de rede dos dispositivos (o dispositivo como produtor de ligação entre elementos heterogêneos: discurso, instituição, leis, regulamentos, enunciados científicos, proposições filosóficas etc.); b) a qualidade da ligação criada (há uma relação de pressuposição recíproca entre os elementos discursivos e não

discursivos de modo que eles entram numa configuração de forças, podendo mudar de posição e de função, uma vez que se encontram em constante movimento; c) sua dimensão de estratégia (tendo por função responder a uma urgência).

Pensamos com Deleuze (1996, p. 83) o dispositivo como “uma meada, um conjunto multilinear composto por linhas de natureza diferente”. No dispositivo, as linhas não delimitam ou envolvem processos homogêneos por sua própria conta, como o sujeito, o objeto, a linguagem etc., mas “traçam linhas que estão sempre em desequilíbrio e que ora se aproximam, ora se afastam uma das outras.”

Guiados em trilhas abertas por Foucault (1977), Deleuze (1996) e Barros (1997), compreendemos o dispositivo por sua capacidade de irrupção naquilo que se encontra impedido de criação, de expansão, de diferenciação. Cabe ao dispositivo criar tensão, movimentar, mexer, deslocar para outro lugar, desfazer códigos, compor-se a partir de múltiplas conexões e, ao mesmo tempo, gerar outras tantas conexões. Essas funções imanentes ao dispositivo, de saída, não estão dadas, tornando-se necessário dispará-las, construí-las, ou seja, pô-las a funcionar. No exercício clínico-político e micropolítico da supervisão nos sentimos convocados a articular elementos heterogêneos que produzam determinados efeitos. Pensar os dispositivos a partir de seus efeitos exige que nos comprometamos com processos de produção de subjetividade e de produção de saúde que expandam e diferenciem os modos de subjetivar.

A supervisão do CAPS Linda Batista acontecia às terças-feiras, das 09h30min às 12h30min. Estavam presentes nesse dispositivo a direção do CAPS, a coordenação clínica, todos os trabalhadores do serviço, incluindo a cozinheira, as merendeiras, profissionais de serviços gerais e da vigilância. O processo de supervisão do CAPS Linda Batista se desdobrou a partir de três linhas de interferência que apreendi como constitutivas da função supervisão ao longo desses doze anos de experiência com a supervisão clínico-institucional em serviços substitutivos de saúde mental (CAPS). A primeira delas diz respeito ao planejamento dos processos de trabalho do serviço. Era um dos desafios da equipe de profissionais do CAPS Linda Batista tratar os usuários graves em regime de liberdade no território. Para isso, tornava-se necessário conhecer o modo de subjetivar e de adoecer naquele território. Na cartografia do território, alguns questionamentos sempre retornavam criando eco aos ouvidos. Quem eram os usuários graves do território? Quais eram aqueles que estavam presos em casa? E, aqueles institucionalizados de longa data? Dentre a clientela em questão, quais eram os usuários em crise que retornam com frequência às emergências? Era imprescindível uma escuta minuciosa dessas questões para eleger, dentre elas, quais eram as

prioridades do serviço naquele momento. A escolha de prioridades a serem desenvolvidas ajudou não só a organizar alguns processos de trabalho em relação às demandas do território, mas, sobretudo interferiu diretamente nos indicadores clínicos do território, diminuindo consideravelmente o número de internações. Além disso, sabíamos que uma equipe de profissionais, quando se ocupa por demandas de diversas naturezas sem critérios mínimos de organização dos processos de trabalho, pode ficar sobrecarregada, pulverizando o trabalho desenvolvido, levando-o a produzir pouco ou nenhum impacto no território. Neste caso, o mapeamento das necessidades e particularidades do território foi de extrema importância para a definição das prioridades do serviço que é de base territorial. Cabe ao gestor, ao coordenador do serviço e aos trabalhadores executarem o planejamento dos processos de trabalho, mas cabe ao supervisor clínico-institucional suscitar essa discussão na equipe todas as vezes que os indicadores clínicos do território assim nos convocavam.

A segunda linha foi a análise permanente dos processos de trabalho. A experiência com o processo de supervisão, a cada dia, nos ensina que não há como transformar o modelo de cuidado hospitalocêntrico, centrado na internação, se o atendimento emergencial a usuários graves não for uma prioridade a ser incluída como um processo de trabalho da equipe. Queremos dizer, com isso, que é sempre um difícil paradoxo a ser habitado. Por um lado, é necessário planejamento dos processos de trabalho na equipe. Por outro, não adianta definir coletivamente, como prioridade, o atendimento aos usuários em crise, por exemplo, se os trabalhadores estiverem tão engessados em atividades sistemáticas que lhes impossibilitem de acolher ao que foge a esse planejamento.

A terceira e última linha foi a discussão coletiva dos casos. A discussão coletiva do caso clínico traz à tona a constituição de seu processo de produção. O que estamos definindo como processo de produção é uma multiplicidade de vetores e intensidades, como os afetos, as sensibilidades artísticas, os movimentos sociais que atravessam as formas individuais e as formas sociais provocando a sua desestabilização e a criação de novas composições (PASSOS; BARROS, 200). Em outras palavras, quando discutimos um caso clínico coletivamente, colocamo-nos em posição de estranhamento, de interrogação, de deslocamento, de desvio daquilo que poderia ser aceito como condição natural, ou como uma regra, para fazer emergir as condições de produção da realidade em questão. Dessa maneira quando discutimos um caso clínico coletivamente, o apreendemos na sua relação com a equipe, com os demais pacientes, com o território, com a cidade, com o poder, com a economia; ou seja, com o mundo que o constitui. A discussão coletiva do caso também revelou como os trabalhadores operavam os processos de produção de cuidado e a gestão

desse mesmo cuidado tanto no CAPS quanto no território. Por isso, apostamos que a discussão e a construção coletiva dos casos em supervisão possam ser tomadas como poderosos analisadores do funcionamento institucional.

No que diz respeito à supervisão do Eixo Pavuna/Anchieta, normalmente acontecia às quartas-feiras, das 13:30 às 16:30min. Participaram deste dispositivo os equipamentos de saúde (Unidades Básicas de Saúde, Programa de Saúde da família, Ambulatórios, Emergência Psiquiátrica, Hospital Psiquiátrico etc.) e os equipamentos da rede intersetorial (CRAS, CRES, diretores de Escolas do território, Associação de Moradores, Lonas Culturais, Conselho Distrital, Fórum Judiciário etc.). A supervisão do eixo foi um dispositivo de discussão coletiva dos impasses e dificuldades experimentados no atendimento de casos clínicos encarados como de difícil resolutividade no território. Cabe ressaltar que havia necessidade de criar discussões coletivas que aumentassem a comunicação transversal entre as redes de cuidado, fossem estas redes: de saúde mental, de saúde coletiva ou intersetoriais, que compõem o território.

O espaço-tempo dos dispositivos de supervisão, tanto do CAPS quanto do território, se constituíram como entrecruzamento de vetores coletivos de várias espécies: troca de experiências, expressão de angústias, circulação de informações, transversalização dos saberes e a interação entre eles, discussão de casos clínicos, construção de projetos terapêuticos e construção de intervenções no território, articuladas não só aos equipamentos de saúde (Atenção Básica, Ambulatórios de especialidades, Emergência Psiquiátrica e Hospital), mas também aos equipamentos intersetoriais (CRAS, CRES, Escolas, Associação de Moradores, Lonas Culturais, Conselho Distrital, Fórum Judiciário etc.) que compõem o território.

Esse processo de supervisão tem nos desafiado à invenção de manejos mais delicados com o dispositivo clínico-grupal. Apostamos na experimentação de dimensões intensivas que habitam o espaço/tempo clínico-institucional do CAPS e do território. Tento respirar, estranhar as linhas que atravessam esses dispositivos coletivos, pausar, silenciar, observar, sentir, reconhecer atentamente, acompanhar as exclamações, preposições, interrogações, as pausas, os gestos quase invisíveis, os olhares, os sorrisos, os silêncios, as respirações, acelerações da língua e dos afetos.

É preciso escutar o que pulsa nos encontros de supervisão, por isso ser necessária a espera que faz sentir os afetos que atravessam o corpo como durações eternas, levando o corpo do supervisor a sentir com se fosse um instrumento de percussão em que ressonâncias e ampliações disparam ecos, às vezes, produzem constrangimento e tristeza, já outras,

constroem contágios, criam alianças, amplificam a dimensão afeto-intensiva da/na rede de saúde mental.

Nesse exercício agonístico, a tudo estranho e tudo me estranha, forço-me mais uma vez a deixar as linhas emergirem, seguindo uma singela intuição que me diz que é preciso acompanhar as linhas calmamente para ir articulando-as uma a uma. Sigo ouvindo o que vai sendo enunciado na tentativa de ir amolecendo as linhas duras, limando-as, polindo-as, movendo-as de um lado para o outro, abrindo-as, desarticulando-as, desprendendo as forças das palavras e das coisas, fazendo tais dispositivos funcionarem como uma grande roda que gira para desprender as forças dos afetos instituídos e dos territórios cimentados. Forçando-nos a criar aberturas no coeficiente de transversalidade intra e intergrupos, mas, sobretudo, pondo-nos em contato com a dimensão intensiva e transversal de forças.

Tudo se passa num manejo clínico-político de intensidades que convidam à cena a mão suave de um artesão, a percepção fina de um músico, a expressão vívida e delicada de um poeta, as piruetas suaves de uma bailarina, a sensação encarnada de um pintor, a velocidade absoluta de um filósofo, a firmeza do arqueiro zen, a mão sensível de uma bordadeira e a alquimia dos aromas produzidos em uma culinária caseira. São vibrações finas, variações de intensidades e afetos que irrompem à escuta vibrátil da supervisora/pesquisadora, forçando-a a criação de manejo ético que incide no limite sensível do corpo como método de experimentação clínico-política.

A construção desse processo de supervisão, compreendido aqui enquanto experiência de abertura à dimensão transversal intensiva de forças, exigiu que o fizéssemos por meio de um manejo cuidadoso com a prudência, apontada por Deleuze e Guattari (1996) como condição necessária, regra imanente a qualquer experimentação construtivista e coletiva do desejo. Cabe então, advertem tais autores:

Instalar-se sobre um estrato, experimentar as oportunidades que ele nos oferece, buscar aí um lugar favorável [...] eventuais movimentos de desterritorialização, linhas de fugas possíveis, vivenciá-las [...] Assegurar aqui e ali conjunções de fluxo [...] Experimentar seguimento por seguimento dos contínuos de intensidades [...] É seguindo uma relação meticulosa com os estratos que se consegue liberar linhas de fugas [...] desprender intensidades contínuas [...] Conectar, conjugar, continuar: todo um “diagrama” contra os programas significantes e subjetivos (DELEUZE; GUATTARI, 1996, p. 24).

A partir de uma aposta com muitos intercessores (FOUCAULT, 1991; DELEUZE; GUATTARI, 1976, 1977, 1992, 1995, 1996, 1997a, 1997b; BARROS; PASSOS, 2000; MANGUEIRA, 2001; MACIEL JUNIOR, 2005; RAUTER, 2005; TEDESCO, 2005),

construímos balizas que norteiam a experimentação do processo de supervisão clínico-institucional em Guadalupe. Tais autores nos ajudaram a por em funcionamento o dispositivo da supervisão, no entanto, nos advertiram que antes de qualquer investida no território foi necessário ver como cada formação social foi sentida para nós. Lembraram-nos da prudência necessária para seguir cuidadosamente as linhas duras, flexíveis e de fuga que perpassam cada indivíduo, grupo, instituição ou formação social. Indicaram-nos a urgência de mapear cada conjunto de linhas acompanhando seguimento por seguimento, experimentando-as, fazendo-as oscilar delicadamente. Somente dessa forma podemos desprender um contínuo de intensidades que é a expressão da expansão coletiva das forças. É desta maneira que:

a análise é, imediatamente, política, portanto, uma prática, uma experimentação que não vem após a instalação dos termos e de suas relações, mas participa ativamente do traçado das linhas, enfrentam os mesmos perigos e as mesmas variações do que elas (DELEUZE; GUATTARI, 1996, p. 78).

A expansão coletiva das intensidades e dos afetos pede uma prudência necessária. Afinal de contas desprender as forças das linhas duras e destrutivas que atravessaram o dispositivo-supervisão não significou implodi-las abruptamente, nem mesmo estagná-las, mas amolecê-las, dissolvendo-as, abrindo-as a diversas conexões, criando possibilidades de distribuição de intensidades, gerando propagação em coletivos de força. O desafio de construção desse processo de supervisão requer um mergulho na dimensão intensiva para tecer alianças que vão emergindo no calor dos encontros.

Durante tais encontros, interrogo: como estou habitando o espaço-tempo das supervisões? Sigo avaliando as sensações que duram em mim. Estranho a posição que vou ocupando a cada momento nos dispositivos de supervisão do CAPS e do Eixo. Estou dentro, ao lado ou no centro do grupo? Colada nos enunciados do grupo? Tento escutar as enunciações que se repetem, ganhando relevância e as que surgem singularmente, parecendo-me quase inexpressivas, invisíveis ou inaudíveis. É necessário um reconhecimento atento das pontas de linhas soltas que emergem por meio do roçar das palavras e das expressões sutis que criam ressonâncias em meu corpo.

A experimentação desse processo de supervisão tem me colocado em contato com intensidades de difícil suportabilidade, forçando-me a uma ampliação da capacidade de escutar, de sentir, de acolher, ser afetada e de afetar. Essa atitude ética tem exigido uma avaliação não só imanente, mas constante da dimensão intensiva, ou seja, das intensidades e afetos que estão sendo experimentadas na dimensão agonística desses encontros. Esta

avaliação é indispensável às linhas de cuidado que estão sendo artesanalmente lapidadas na techedura dessa rede transversal.

Habitar a supervisão como um processo articulador de uma rede transversal pede a construção de dispositivos concretos que ponham em regime de intercessão linhas heterogêneas como a arte, a política, a clínica, a cultura, o lazer, o trabalho etc. Eis a abertura que move esse trabalho: por em análise as práticas de cuidado e gestão desse mesmo cuidado a partir de uma rede transversal produtora de saúde e de subjetividade. Dispositivos estes que estamos nomeando aqui como: supervisão da equipe do CAPS enquanto rede de trabalhadores do CAPS Linda Batista e supervisão de eixo enquanto rede de trabalhadores dos equipamentos da rede de saúde coletiva e dos equipamentos intersetoriais implicados com a produção de cuidado e gestão desse mesmo cuidado no território Pavuna/Anchieta.

Acolher a heterogeneidade dos sentidos que a supervisão clínico-institucional possa atualizar na rede de serviços de saúde do município do Eixo Pavuna/Anchieta não nos impede de por em análise alguns equívocos que podem ser produzidos no exercício dessa função em práticas de saúde mental. Um desses mal-entendidos é conceber a prática da supervisão como um cargo de mestria que opera por uma “super visão”, ou seja, uma visão superior/exterior sobre as práticas em análise, incluindo a análise das práticas de cuidado e de gestão desse mesmo cuidado. O exercício dessa função tem nos ensinado que o importante nesse processo não é o “saber objetivo” a ser ofertado à equipe pelo supervisor. O supervisor não pode agir como um mestre atuando com seu saber técnico/científico que opera por uma visão que está acima, e, por isso, agir como se estivesse sobrevoando a experiência. Na realidade, não é ele quem experimenta o encontro clínico com os usuários, quem pode saber alguma coisa é quem encarnou a experimentação clínica que, neste caso, diz respeito à equipe de trabalhadores e usuários.

Qual o saber encontra-se em questão quando se põe em análise os processos de cuidado e a gestão do cuidado nos serviços de saúde? O desafio é propor uma modulação da questão, derivando de um “**saber fazer**” enquanto uma “técnica” para um “**fazer saber**” sobre a experiência em questão. Um “fazer saber” que emerge como efeito da produção de grupalidade. Quando pomos a experiência em análise, gera-se uma rede transversal, coletiva e heterogenética construída a partir da “experiência em análise”, ou seja, a partir dos processos de trabalho em saúde e gestão desses mesmos processos de trabalho.

Em experiência anterior (OLIVEIRA, J., 2006), demo-nos conta da dificuldade de alguns profissionais de CAPS de relacionarem a discussão clínica dos processos de trabalho com a gestão dos processos de trabalho, como se estas atividades fossem estanques. Esta

atitude frente aos processos de trabalho compromete o grau de abertura transversal intra e intergrupos. Se as discussões dos processos de cuidado e a gestão do cuidado funcionam separadamente, há diminuição do grau de abertura transversal, produzindo efeitos de verticalização, hierarquização, oposição, dicotomização, ou efeitos de homogeneização, serialização e assujeitamento entre os profissionais, gestores e usuários. Quando acompanhamos a emergência de tais efeitos, há indícios de que a rede transversal não exista ou, na melhor das hipóteses, esteja estagnando e, porque não dizer, esfriando.

Sem dúvida, a comunicação levada em consideração aqui não é a realizada de forma burocrática, uma simples troca de informações entre as especialidades profissionais. Trata-se do aumento do grau de abertura transversal entre a equipe de profissionais, seja no CAPS Linda Batista, seja em outros equipamentos de saúde do território. Nesta perspectiva, torna-se necessário fazer uma distinção entre as noções de interseção e de intercessão.

Convém destacar que a força dos intercessores reside nos movimentos que são capazes de disparar. Nesse sentido, os intercessores valem pelo regime de forças que permitem desestabilizar o instituído. Os intercessores não podem ser compreendidos fora da relação de interferência que se engendra entre os domínios. O que importa, aqui, é fazer variar um domínio, a partir de outro domínio, atizando a sua potência para gerar movimento de diferir, de criar ruptura, de interferir nos fluxos e de gerar processos de desestabilização.

Barros e Passos (2000), a partir dessa inflexão deleuziana acerca dos intercessores, estabelecem uma diferença entre a relação de interseção e intercessão, definindo a interseção como uma relação de troca entre dois domínios – por exemplo, dois domínios de saber ou duas especialidades profissionais – para conjugação de um terceiro que se espera estável e idêntico a si. O que vemos acontecer é um diálogo entre profissionais mais identificados com alguma disciplina, mas na maior parte das vezes, instituindo determinados especialismos.

O que emerge como efeito desta relação é a manutenção das fronteiras disciplinares, dos objetos e dos sujeitos desses saberes. Mantém-se, com isso, a mesma política cognitiva, ou seja, a mesma forma de conceber o exercício do pensamento, construindo uma anatomopolítica dos corpos dóceis. Explico-me melhor. Nesse funcionamento, não há aposta na produção de criação do novo, ao contrário, garante-se a manutenção do *status quo* enquanto campo de forças que tende ao equilíbrio. Percebe-se que aqui estão salvaguardadas as identidades do sujeito que conhece e do objeto a ser conhecido. Ao passo que a noção de intercessão é afirmada como uma relação que se estabelece entre termos que se entrecruzam num movimento de interferência e de intervenção de um domínio qualquer sobre outro, seja ele conceitual,

artístico, filosófico, político, clínico, econômico etc. Tais intercessores são ritmos, movimentos diferentes, linhas estrangeiras umas às outras que não cessam de interferir entre si, produzindo um efeito de crise e desestabilização que faz diferir.

O sentido de supervisão, afirmado aqui como um dispositivo articulador de uma rede transversal, comporta um compromisso crítico na dupla acepção da palavra: crítico porque põem em análise as práticas instituídas, e crítico porque produz crise, criando um efeito de desestabilização dessas mesmas práticas instituídas (BARROS; PASSOS, 2001). É nesse sentido que queremos defender o dispositivo-supervisão como operador de uma função transversal e intensiva na rede.

A desestabilização das formas instituídas faz aparecer o processo de produção das formas, um processo que se configura como impessoal e coletivo, que insiste menos como realidade e mais como dimensão intensiva de forças, ou seja, como uma rede transversal. Dimensão transversal, intensiva, geradora de outros modos de perceber, de sentir, de agir, ser afetado e afetar, ou seja, plano constituinte do coletivo (PASSOS, 2008).

Em outras palavras, devo ressaltar que a intervenção sobre as formas aciona o que se encontra nas bordas, apostando na emergência de um plano instituinte das formas. A experimentação da supervisão como dispositivo articulador de uma rede transversal tem nos levado a compreender os processos de cuidado nos CAPS como um exercício que se constitui para além de qualquer especialidade profissional, devendo ser vivido como um trabalho diário que precisa ser não só incessantemente construído na interface com outras disciplinas, mas também gerido de modo corresponsável nos coletivos (OLIVEIRA, J., 2006). Esse fato exige que acompanhem os efeitos éticos produzidos no/pelo dispositivo-supervisão, não bastando apenas pô-lo para funcionar (KASTRUP; BARROS, 2009).

Trajetó 6: A supervisão na rede de saúde mental do Município do Rio de Janeiro

O Programa de Saúde Mental do Rio de Janeiro foi um dos primeiros em todo Brasil a reconhecer a importância da supervisão para a consolidação de um modelo de cuidado territorial. Antes, essa operação só teria sido implantada de forma sistemática em Santos - SP. O dispositivo-supervisão existe na rede de saúde mental do município do Rio de Janeiro desde 1996.

Vale ressaltar que o I censo dos Hospitais Psiquiátricos realizado pelo Programa de Saúde Mental do Município do Rio de Janeiro, em 1996, revelava dados alarmantes: cerca de 30% dos pacientes internados eram moradores dos hospitais psiquiátricos; outra parte

significativa, mais de 60%, tinha como único recurso de cuidado o hospital psiquiátrico. Esta situação colocava um problema gravíssimo. O tempo entre as internações de uma mesma pessoa era quase abolido, abortado, ou seja, nulo. Não havia pausas! Mal o paciente chegava à sua casa, já retornava, dando entrada numa nova internação. Parte desta repetição estereotipada e sintomática se justificava pela ausência de uma rede de cuidado que tomasse essa clientela como objeto principal de seu interesse. Nesse sentido, a implantação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade do Rio de Janeiro foi um desafio estratégico, técnico, ético, político, clínico, social, econômico, de dimensões inadiáveis e inapeláveis. Desta forma criou-se o CAPS Rubens Corrêa no meio da área mais populosa da cidade: a área programática 3.3. O desafio do CAPS foi o de receber a clientela grave, revelada no censo de 1996, cuja maioria utilizava a internação do antigo Hospital Pedro II, atual Instituto Nise da Silveira, como único recurso de tratamento possível (CERQUEIRA, 2008).

Era preciso superar os modelos de cuidado e a referência estereotipada de organização de serviços já conhecidos. Estamos nos referindo aos antigos modelos dos hospitais manicomial. Assumir uma atitude crítica frente à luta a favor da Reforma Psiquiátrica exigia da Coordenação de Saúde Mental do Município, Supervisores e Trabalhadores o desafio de lançar-se em movimento na criação de novos equipamentos de saúde capazes de por em análise a lógica da exclusão e do distanciamento produzidos pelos manicômios. Era necessário criar serviços produtores de uma ética de cuidado que se fizesse como uma experiência complexa. Uma experiência que é de acolhimento do outro, e de desvio ou desinstitucionalização da doença mental. Essa experiência de desvio no percurso dessas vidas disparou processos de diferenciação criadores de novas formas de sentir, de pensar e de agir, que nada mais são do que a emergência de novas corporeidades existenciais.

De lá para cá, dezesseis anos se passaram, muitos supervisores ajudaram a constituir um plano de consistência da supervisão clínico-institucional no município do Rio de Janeiro. Muitos desafios foram lançados e superados por esses supervisores inquietos, aguerridos, apreensivos com o estado de coisas instituído. Vários foram os afetos preenchidos nesses trajetos percorridos, suores produzidos, desafios superados, impasses suportados, possibilidades e impossibilidades habitadas, certezas afirmadas, acertos e desacertos avaliados, incertezas e questões problematizadas, aflições e alegrias experimentadas. Hoje, constatando a rede de serviços traçada com a ajuda desses companheiros supervisores, compreende-se que a experiência de supervisão de um CAPS, no contexto de uma rede de atenção psicossocial já instituída, com certeza, tem outros desafios e outras apostas.

No entanto, apesar da empreitada que a Coordenação de Saúde Mental, supervisores e trabalhadores assumiram na luta pela implantação da Reforma Psiquiátrica no Município do Rio de Janeiro, não podemos deixar de lembrar a distância que ainda nos separa de um sistema de atenção à saúde mental capaz de produzir uma rede de cuidado aos usuários que necessitam desse cuidado.

Durante treze anos, o processo foi mantido e financiado por meio de uma parceria entre a Prefeitura e o Instituto Franco Basaglia (organização não governamental de defesa de direitos de pacientes psiquiátricos, fomento à pesquisa e iniciativas de transformação da assistência para superar o regime asilar). É necessário esclarecer que o dispositivo-supervisão não faz parte do quadro técnico da Prefeitura do Rio de Janeiro. Nesses treze anos, a única possibilidade de inserção dos supervisores na rede de Serviços Substitutivos de Atenção Psicossocial foi realizada por meio do Instituto Franco Basaglia, que ficou responsável pela contratação e pagamento desses supervisores até novembro de 2009, quando se extinguiu seu contrato com a Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro.

Atualmente há dezoito supervisores exercendo a função de supervisão no Município do Rio de Janeiro. Tais supervisores foram distribuídos pelos seguintes serviços: CAPS II (UERJ), Ernesto Nazareth, Fernando Diniz, Clarice Lispector, Torquato Neto, Rubens Correia, Linda Batista, Lima Barreto, Pedro Pellegrino, Profeta Gentileza, Simão Bacamarte e João de Barro); CAPS III (Maria do Socorro); CAPS AD (Mané Garrincha, Raul Seixas) e CAPSI (Maria Clara Machado, Elisa Santa Rosa, Pequeno Hans e Carim). Dezesesseis supervisores desses dezenove serviços criaram, em novembro de 2008, um Fórum de Supervisores para pensar a continuidade do processo de supervisão na rede de saúde mental do Município do Rio de Janeiro.

Nesse mesmo mês de novembro de 2009, recebíamos o aviso de que, no ano seguinte, uma nova equipe assumiria a gestão de saúde mental no município, legitimando um resultado obtido por eleições municipais que indicava a entrada de um novo governo no município. Nesse momento, o contrato com a ONG responsável pelo pagamento dos supervisores também chegara ao fim. A ausência de contrato dos supervisores, bem como o processo de mudança da gestão anterior para a nova, colocou em risco a continuidade do dispositivo-supervisão na rede municipal do Rio Janeiro.

Nesse Fórum de Supervisores, discutimos os impasses enfrentados por cada supervisor em seu território de intervenção. Além disso, outras questões complexas compunham nossa pauta mensal, forçando-nos a colocá-las em análise: a ausência de uma política pública para saúde mental, interrupção no pagamento do salário dos supervisores, realizado pela

coordenação de saúde mental do município do Rio de Janeiro, a necessidade de sustentação de um processo de supervisão na rede de saúde.

Os dez primeiros meses do ano de 2009 anunciavam momentos difíceis. Decidimos, coletivamente, manter as atividades de supervisão nos CAPS. Essa decisão foi afirmada porque acreditávamos na existência da função pública a ser preservada independentemente da mudança da política do governo. Estávamos, em ato, nos deparando com o desafio de separar linhas que se misturavam enquanto política de governo e política pública.

No município do Rio de Janeiro existe uma longa e intensa história da prática da supervisão, parcialmente retratada no primeiro número da Revista Escola de Saúde Mental, (EASAM), sob o título *Doze Anos de CAPS na Cidade do Rio de Janeiro*, publicado pela Secretaria Municipal de Saúde em dezembro de 2008. Este primeiro número da revista faz uma síntese parcial da constituição da rede substitutiva de saúde mental do Município do Rio de Janeiro. Uma história que não se encontra de maneira alguma concluída, mas prossegue nos desafios e enfrentamentos na prática de cada um de nós que continua apostando na urdidura de uma política pública para essa rede de saúde.

Os doze anos de existência de um processo de supervisão na rede do Rio de Janeiro, e, a decisão de mantê-lo nos autoriza falar de um processo de supervisão não apenas constituído, mas que vem se submetendo continuamente à prova, se modificando, se reinventando, se ampliando, se refazendo e se diferenciando ao longo do tempo por meio da intervenção clínico-política de cada um de nós na prática de trabalho com a rede de saúde.

Trajetória7: A encomenda da supervisão no eixo Pavuna/Anchieta da AP 3.3

A encomenda dirigida pela Coordenação de Saúde Mental ao coletivo de supervisores era a de que a supervisão não se restringisse apenas ao CAPS, mas se estendesse a outros equipamentos da rede de saúde e da rede intersetorial, funcionando de maneira ampliada no território. Instituíam-se, na nova Coordenação de Saúde Mental da Prefeitura do Rio de Janeiro, uma política – já presente nos últimos meses da Coordenação de Saúde Mental da gestão anterior – denominada de supervisão de eixo territorial. Esta política redirecionava o processo de supervisão dos CAPS no município, ampliando-o ao território de cada área programática.

A rede de saúde do município do Rio de Janeiro é dividida em dez regiões: (1.0; 2.1; 2.2; 3.1; 3.2; 3.3; 4.0; 5.1; 5.2; 5.3) denominadas de Áreas Programáticas. Cada área programática possui uma coordenação de saúde. Em relação à saúde mental, além da coordenação de área programática (CAP), existe, em cada território, a figura do articulador de

gestão em saúde mental que, em conjunto com a coordenação de área programática local e a coordenação geral de saúde mental, definem a política de gestão de cada área programática (CAP).

No que diz respeito à área programática 3.3, queremos frisar que, há oito anos, passou por uma divisão que a desdobrou em dois eixos: Irajá/Madureira e Pavuna/Anchieta. Tal divisão foi justificada pela coordenação do eixo central de saúde mental do município do Rio de Janeiro em virtude de alta densidade populacional que essa área programática comporta, abrangendo, aproximadamente, 1.200.000 habitantes por km², cuja cobertura de serviços de saúde para essa população é de apenas três ambulatórios de saúde, dois CAPS II, e dois postos de saúde, fazendo emergir diante das lupas do cartógrafo a imagem de um deserto sanitário.

Nesse horizonte de casas amontoadas que indicam, quase sempre, uma obra inconclusa, barracos empilhados que revelam a presença de muitas vidas que, mesmo apinhadas, insistem em perseverar, coube-me a supervisão do eixo Pavuna/Anchieta.

Gostaria de ressaltar diferenças entre a supervisão de eixo e a supervisão do CAPS. No entanto, tentaremos apontar tais diferenças narrando as condições de emergência da supervisão de eixo no território Pavuna/Anchieta.

Cabe lembrar que a supervisão ampliada a outros equipamentos de saúde do eixo Pavuna/Anchieta existe desde setembro de 2008, sendo implantada no final da gestão anterior. A supervisão do eixo visava acolher os impasses e dificuldades experimentados no manejo clínico-político de casos encarados como de difícil resolutividade no território. A dificuldade de acolhimento nos equipamentos de saúde colocou-nos, ao mesmo tempo, uma questão e um desafio. Havia necessidade de uma discussão e construção coletiva que ampliasse a comunicação transversal entre as redes de cuidado que constituíam o eixo territorial, fossem estas redes: os equipamentos da gestão em saúde e saúde mental (Coordenação do Eixo Central de Saúde Mental do Município, Coordenação da CAP 3.3, Unidades Básicas de Saúde, Programa de Saúde da Família, Ambulatórios, Emergência Psiquiátrica, Instituto Psiquiátrico etc.) e os equipamentos da rede intersetorial (CRAS, CRES, Diretores de Escolas do território, Associação de Moradores, Lonas Culturais, Conselho Distrital, Fórum Judiciário etc.).

A discussão de casos clínicos com outros equipamentos da rede já existia de maneira embrionária nesse território. Alguns equipamentos da rede de saúde mental (CAPS Linda Batista) e da rede intersetorial (6º Conselho Regional de Educação e 6º Conselho Regional de Assistência Social) já participavam ativamente de uma discussão mensal conjunta. Mas agora

a Coordenação de Saúde Mental do município iria oficializar essa direção política, incluindo a participação da supervisão como necessária à escuta das questões que envolviam discussão, acompanhamento, avaliação, planejamento e encaminhamento das dificuldades pautadas pelo grupo. A participação do supervisor nas supervisões de eixo foi colocada pela Coordenação de Saúde Mental do município, como condição necessária à assinatura do contrato de trabalho estabelecido com o coletivo de supervisores.

É importante mencionar que a política encarnada pela nova Coordenação de Saúde Mental vivia momentos de muitas incertezas e instabilidades. Esse movimento se atualizava na rede de saúde mental pela indefinição de política pública de ação na rede. De fato, a paisagem experimentada durante o ano de 2009 fora preenchida com indefinições, ambiguidades, tensionamentos, dúvidas, inseguranças, intranquilidades, desânimos, perplexidades, angústias, etc. Falava-se de choque de gestão como um slogan de governo que habitava a maioria das secretarias dessa nova gestão municipal. Havia rumores de que a máquina estatal enfrentava momentos de lipoaspiração de toda sua gordura orçamentária. Ruídos anunciavam desvios das verbas destinadas à saúde para outras secretarias. Esses zunzuns performavam momentos de incertezas, de angústias e de precarização que emergiam não somente pela ausência de verbas destinadas à saúde (pela falta de refeições destinadas à alimentação dos usuários no CAPS, pela ausência de medicação psiquiátrica básica na rede de saúde), mas que insurgiam também pela fragilidade dos vínculos trabalhistas, pela ausência de qualificação dos profissionais, pela impossibilidade de empregar os profissionais aprovados no último concurso realizado pela saúde do município, pela dificuldade de contratação de novos profissionais, pela fragilidade das redes relacionais que se estabeleciam entre os usuários, trabalhadores, gestores e os equipamentos intersetoriais da própria rede.

Todos esses vetores levaram-nos a problematizar qual direção política estava sendo implantada pela nova gestão em saúde. E, quais efeitos de subjetividade esse modo de gestão vem produzindo na rede de cuidado. De saída, tínhamos um desafio: como criar efeitos transversais em rede que produzissem desvios nessa atmosfera tão árida e, ao mesmo tempo, desértica. Pode-se dizer que o momento político experimentado na rede de saúde pública tem nos convocado a disparar movimentos de resistência aos sucessivos vendavais e sudoestes que insistem em soprar em nossa direção, assolando tudo que há pela frente. Nesse clima de tempestade iminente, tínhamos o desafio de nos mover para não sermos pegos por ela, gerando movimentos que disparassem o roçar dos contágios coletivos, da composição de alianças, de solidariedade, da produção de uma zona de comunidade. Eis aqui uma questão

que tem nos acompanhado nessa cartografia de efeitos transversais na rede de saúde: como o dispositivo-supervisão poderia disparar efeitos transversais na rede de saúde do Eixo Pavuna/Anchieta?

Embora tenha iniciado o trabalho de supervisão no Eixo em setembro de 2008, minha inserção neste dispositivo de supervisão ampliada foi interrompida no período em que o contrato dos supervisores se extinguiu, coincidindo com o fim do mandato da gestão municipal anterior. O fim do contrato pela prefeitura com o Instituto Franco Basaglia, ONG responsável pela contratação dos supervisores no município do Rio de Janeiro, gerava uma ausência de institucionalidade para o processo de supervisão na rede de saúde mental do município do Rio de Janeiro. A extinção do vínculo de contratação com o processo de supervisão forçava-nos a habitar a experiência limite de estar **“fora da rede”**, ainda que nosso desejo apontasse no sentido contrário. Quero dizer ainda que o desejo era o de permanecer na rede. Não queríamos que a função-supervisão fosse extinta da rede de saúde mental. A complexidade da situação exigia um compromisso ético com a tecedura de uma política transversal verdadeiramente pública porque é tecida na *polis*. Tínhamos o desafio de inverter o sentido das linhas de força que insistiam em nos tangenciar para uma experiência **“fora da rede”**. O compromisso com a inseparabilidade entre produção de saúde e produção de subjetividade, entendendo-as como linhas que se distinguem, mas não se separam, nos convocou a disparar discussões coletivas sobre o funcionamento da rede de saúde mental no município. Este desvio clínico-político levou o coletivo de supervisores do município do Rio Janeiro a experimentar a atitude limite de criar **“Fóruns de Supervisores na rede”**.

A experiência Fórum na rede constituiu uma prática autogestiva composta de discussões coletivas construídas pelos supervisores do município para forçar, no limite do coletivo, a continuidade da construção de uma política pública à rede de saúde mental. Claro está que a experiência aguda vivida pela ausência de institucionalidade do processo de supervisão desafiou-nos a habitar a própria rede de outra forma. Decidimos, coletivamente, manter supervisões em regime quinzenal, apenas nos CAPS, interrompendo, provisoriamente, nossa participação não só nas supervisões de Eixo, mas também nos Fóruns Mensais de Saúde Mental de cada território. Somente a partir de outubro de 2009, quando o processo de supervisão readquiriu institucionalidade na rede, retomamos o processo de intervenção tanto nos CAPS quanto nas supervisões de eixo de cada área programática.

Trajeto 8: A retomada do processo de Supervisão no Eixo Pavuna-Anchieta

A retomada das supervisões de Eixo aconteceu em novembro de 2009. Esse encontro ocorreria no auditório da Policlínica Amaral Peixoto. Participaram dele a gestão da AP 3.3 representada pela articuladora de área, o diretor do CAPS Linda Batista juntamente com trabalhadores da equipe, o diretor da Policlínica Amaral Peixoto juntamente com alguns profissionais da área de saúde mental desse ambulatório, trabalhadores de saúde mental do Posto de Saúde Nascimento Gurgel, as equipes do Programa de Saúde da Família do território Pavuna/Anchieta, trabalhadores do 6º Conselho Regional de Educação e trabalhadores do 6º Conselho Regional de Assistência Social, o presidente da associação de moradores do território e o presidente do Conselho Distrital.

O encontro com estes atores do eixo Pavuna/Anchieta transportou-me a uma atmosfera de tensão presentificada pelos olhares inquietos, pelo clima de desconfiança que pairava no ar, pela urgência atualizada nas falas carregadas de agressividade, pela impaciência estampada nas feições das pessoas que entravam e saíam sucessivamente do auditório da Policlínica em que nos reunimos. Novamente, a impressão que me habitava é de que era impossível para aqueles corpos entrarem em contato com as intensidades afetivas que povoavam aquele espaço/tempo. Ao mesmo tempo existia um clima de desânimo no ar que me fazia indagar o que os movia a estarem ali. De repente, dei-me conta de que havia uma memória intensiva naquele grupo que ganhava corpo por meio do ressentimento e da agressividade. Era preciso acolher aquela atmosfera tensa que insistia em se atualizar, por mais difícil que ela nos parecesse. Após apresentar-me como a supervisora contratada para o Eixo, ouvi a articuladora do território dizer que aguardava minha chegada para passar-me o bastão da Supervisão de Eixo. Ela entendia não ser necessária sua presença naquele espaço. A justificativa dada à irrelevância de sua presença encontrava-se apoiada numa concepção de clínica que opera uma cisão entre clínica e política, atenção e gestão, macro e micropolítica entre produção de saúde e produção de subjetividade. Seus argumentos performatizavam a compreensão daquele encontro como sendo um espaço eminentemente de discussões clínicas onde não cabia a presença de um representante da gestão. Compreendia que a supervisão de eixo deveria ficar com a discussão dos casos clínicos enquanto a articulação do território ficava com a política, sendo assim, responsável pela realização do Fórum Mensal de Saúde Mental. A articulação de território foi uma função criada pela antiga coordenação de saúde mental do município para resolver os problemas referentes à gestão, estabelecendo uma mediação entre a coordenação

de saúde mental do município, os coordenadores das áreas programáticas, a direção dos equipamentos da rede de saúde e a rede intersetorial do território, os trabalhadores e os usuários.

Curiosamente, dei-me conta de que a separação operada ali não era apenas das atribuições técnicas que competia à supervisão de eixo e à articulação do território, mas, sobretudo, saltava aos olhos uma cisão entre a clínica e a política, entre a atenção e a gestão, entre a macropolítica e a micropolítica, entre saúde mental e saúde, entre a produção de saúde e a produção de subjetividade.

Constatamos que a existência dessa separação se faz presente em alguns territórios da rede de saúde mental do município, desdobrando-se no modo como o cuidado e a gestão do cuidado vêm sendo construídos na rede de saúde mental. No entanto, vale ressaltar que no território do Eixo/Pavuna Anchieta essa separação não vem conseguindo ganhar força em função dos efeitos transversais disparados pelos próprios dispositivos coletivos engendrados no território (Supervisão do CAPS, Supervisão de Eixo, Fórum de Saúde Mental). É importante frisar que as situações complexas enfrentadas pelos usuários, trabalhadores e gestores deste eixo têm colocado o desafio de composição de forças, construção de alianças entre os usuários, os trabalhadores, os gestores dos serviços, a articulação do território, a coordenação da área programática, os equipamentos intersetoriais e a coordenação do eixo central de saúde mental do município.

Trajetos 9: A chegada da supervisão ao CAPS Linda Batista

Como já mencionara na composição do trajeto um, era um dia de sol e chuva, desses dias em que se diz que há no céu o casamento de viúva. Fazia um imenso calor, mas ao mesmo tempo sentia um enorme frio na barriga. O que se passara nesse momento? Era preciso apressar-me. A sensação de estar atrasada atualizava-se intensamente. Um forte clima de urgência insistia em habitar-me. Ao chegar à esquina da rua, avistei uma casa grande de dois andares, cujo estilo colonial fazia sentir que quem morou ali se diferenciava economicamente do restante daquela comunidade. Não sei porque, naquele momento, lembrara-me de algumas imagens antagonistas que o livro *Casa Grande & Senzala*,⁴ do Gilberto Freyre, fez-me ver. Na casa havia uma placa da prefeitura, indicando CAPS Linda Batista. Esse nome não era estranho aos meus ouvidos. Ouvia muito minha avó dizer: “Ouça,

⁴ *Casa Grande & Senzala* é uma extensa obra escrita de forma detalhada, fundamentada na formação do Brasil colonial. Gilberto Freyre narra a história da identidade nacional brasileira, por meio da conquista dos portugueses nos trópicos e sua ampla estabilidade de aclimação e miscibilidade.

menina, a intensidade da voz da Linda Batista. É densa e suave ao mesmo tempo”. A qual Linda Batista nos referíamos? Tudo parecia infinitamente equivocado! Afinal de contas o nome Linda Batista agora indicara a localização de um Centro de Atenção Psicossocial no subúrbio carioca. A sensação que experimentei quando me deparei com aquela placa não deixara dúvidas. Tratava-se da mesma Linda Batista que minha avó ouvia quando ia embalar meu sono numa cadeira de balanço. Lembro-me de alguns de seus sucessos como “Risque” do Ary Barroso, “Vingança” do Lupicínio Rodrigues e “Nega Maluca” de Fernando Lobo e Evaldo Rui. Essas canções interpretadas num ritmo intenso soavam como cantigas de ninar. Assim, podia dormir, sossegadamente, embalada pelas vozes daquelas duas mulheres que se alternavam em tons graves e agudos, produzindo um ritmo sonoro que criava um território existencial de segurança e acolhimento para mim.

Florinda Grandino de Oliveira era o nome de batismo de Linda Batista, cantora, compositora e atriz. Influenciou fortemente os modos e os costumes da sua geração. Tornou-se personalidade relevante da chamada “Época de Ouro” do rádio brasileiro, eternizada pelas vozes que passaram pela Rádio Nacional. Tratava-se de mulher forte e influente. Era amiga de grandes políticos. Após o auge de sua carreira, que se deu entre os anos de 1940 e 1960, Linda iniciou um processo irreversível de depressão e de loucura. Chegou a ser internada diversas vezes em hospitais psiquiátricos da cidade. Foi afastando-se, gradativamente, da vida artística até a sua morte ocorrida em 17 de abril de 1988 num apartamento solitário em Copacabana.

Olha que experiência curiosa! “Uma diva” de canções inesquecíveis que embalava meu sono quando criança terminara louca, sendo esquecida pelo público que a ouvia. Após várias idas e vindas em internações psiquiátricas que se tornaram intermináveis, acabara solitária numa quitinete escura e úmida em Copacabana. Hoje, a diva das canções de amores fracassados tornou-se referência de um lugar de acolhimento para muitos que também experimentam eternas idas e vindas em hospitais psiquiátricos, correndo o risco de morrerem também solitários em algum canto escuro e úmido dos hospitais psiquiátricos ou simplesmente em algum barraco do subúrbio carioca. Essas questões emergem, intensamente, em frações de segundos, misturadas a um bloco de infância que insiste em se atualizar à revelia de qualquer intencionalidade. Entretanto, vamos fazer uma pausa no acolhimento dessas questões para chegar até o serviço. Então voltemos logo à placa que indicara a chegada ao CAPS.

Quando atravessei o portão do CAPS, senti arrepios. Aquela sensação de aridez atualizada no início dessa viagem, retorna. Insisto em interrogá-la, estranhando-a. Desejo escutá-la. O que se passa nesse momento? Quando subo pequenos degraus que dão para a

porta de entrada, entro numa grande sala onde há várias pessoas. Algumas pessoas estão sentadas, conversando, outras em pé, fumando, outras bebendo café, outras gargalhando, outras comendo, outras simplesmente cochilando. Vários ritmos se entrecruzam numa mistura louca. Fico confusa! Será que a supervisão havia já começado? A mistura de sons é acompanhada por uma mistura de gestos e de ritmos que se alternam sem parar. Parece que ninguém me viu chegar. Não conheço ninguém. Sou uma estranha a esse território. Ele também soa estranho para mim. Chego e continuo por algum tempo quase imperceptível. Sento num banco de madeira que fica no canto da sala. Lá fico durante muito tempo contemplando aquela paisagem tão estrangeira, mas que aos poucos vai ganhando ares de uma familiaridade estranha aos meus olhos. São paisagens que geram uma sensação do já vivido. Alice do Lewis Carrol continua comigo soprando em meu ouvido: “tudo isso é muito estranho”... “Estranhíssimo”! Após algum tempo sendo afetada por aquela paisagem, ouço alguém dizer: “Ei”! “O que faz aí escondida nesse canto?” Na realidade não estava escondida, mas invisível aos olhos daquelas pessoas que aguardavam uma supervisão. Poderia ter continuado invisível, deixando o grupo seguir naquele movimento, mas fui surpreendida por uma convocação que me convidava a tornar-me visível e apresentar-me como a nova supervisora. Naquele momento, pedi, gentilmente, que fizéssemos uma roda para que pudéssemos nos conhecer.

Desde muito cedo aprendi a gostar da intensidade que rolava quando estava na experimentação de intensidades que aconteciam frequentemente no exercício das rodas. No início, era a cantiga de roda que fazia o sangue esquentar, as mãos gelarem, produzindo um frio na barriga e um estado de alegria que não compreendia ainda muito bem. Depois, foi a vez das rodas de histórias contadas por minha avó, uma mulher de fibra, aguerrida, que acreditava na invenção de outros mundos. Tinha os pés fincados no agreste nordestino, mas a cabeça percorria vários outros mundos. Em seguida, vieram as rodas de capoeira ao som do toque grave do berimbau do mestre Joel, experimentei a intensidade dos movimentos mais simples e o respeito pelos companheiros que entoavam comigo um canto, uma luta e uma dança. Depois vieram os luais vividos em rodas de violão em que se festejavam a alegria e o despreendimento da juventude. Ao seguir o desejo que me convocava intensamente ao exercício das rodas, sugeriram as rodas de pesquisa da iniciação científica com o querido mestre Maurício, e, depois, as rodas de supervisão, como professora supervisora do estágio em saúde mental da Universidade Federal de Sergipe. E, nessa sequência, a experimentação da função-supervisão na rede de saúde mental de Sergipe. Nesse momento, vivi a redescoberta daquilo que minha avó já anunciara na minha infância. De fato, havia outros mundos, mas era

necessário criá-los, fazê-los emergir. Hoje, faço parte de muitas outras rodas muito diferentes de todas já experimentadas. São rodas tecidas pelo calor de discussões clínico-políticas com grupos de profissionais, seja nos serviços de saúde mental, seja nos grupos de estudo, seja no grupo de supervisão transdisciplinar com profissionais de saúde, seja no Limiar - agenciamento clínico-político que fez morada duradoura no coração -, seja no grupo de orientação coletiva mestrado/doutorado da UFF, seja no exercício da ioga - fabricando vazios cheios de silêncio e de tranquilidade - ou mesmo com os caros, especiais e intempestivos amigos da filosofia, refiro-me aos encontros filosóficos dos sábados do museu da República e, depois, do Espaço Carioca. Nelas, tenho experimentado tecer algo coletivamente. Mas, ao lado disso tudo, é preciso dizer que nunca deixei de sentir o sangue esquentar, as mãos gelarem e o frio da barriga emergir quando estou no exercício intenso dessas rodas que venho constituindo e que, ao mesmo tempo, constituem um tecido existencial para mim.

Nessa primeira experimentação com a roda de supervisão no CAPS Linda Batista, sentia algo muito estranho no ar. Depois que nos apresentamos, percebi que ninguém conseguia permanecer na roda. Não havia uma roda, mas era preciso produzi-la. Aquela dispersão toda incomodava. Percebia que alguns levantavam para fumar e conversar, outros se dirigiam a uma mesa de lanche que ficava no início da sala. Outros subiam e desciam continuamente a escada que dá para o andar de cima do CAPS. Outros permaneciam na roda, mas sem se conectarem com o que estava acontecendo ali. A sensação que tinha era que essa mesa de lanche funcionava como o único catalisador que os mantinham juntos naquela sala. Nesse momento, não era possível discutir os casos clínicos. Tais casos apareciam numa velocidade esfumaçante que os fazia evanescer repentinamente. Logo, já era outro caso, e mais outro, e mais outro... De modo que não era possível saber de quem afinal eles estavam falando. Quais os encaminhamentos a equipe poderia construir frente às questões clínico-políticas que estavam sendo postas em análise. As situações que constituíam a discussão e construção coletiva dos casos apareciam no tempo turbilhonar da velocidade atual, da urgência, do imediatismo. Tais questões compareciam na iminência de ter que serem imediatamente resolvidas, mas, ao mesmo tempo, não havia tempo para acolhê-las, escutá-las, pausá-las, construindo possíveis desvios de sentido. O tempo urgia, pedindo para ser pausado cuidadosamente. O tempo habitado ali era continuamente abolido, melhor dizendo: abortado. Por isso, passava-se de uma situação a outra sem que pudéssemos ser afetado e afetar, avaliar, problematizar, durar e agir ativamente sobre o que estávamos sentindo e experimentando.

É curioso porque alguns profissionais traziam a imagem de “uma missa de corpo presente” para descrever a sensação que experimentavam quando estavam no CAPS. Outros

se referiam à rotina do CAPS comparando-a a uma festa “Rave”. Diziam que não era bom ficar numa “Rave” *full time*. Queriam poder escolher habitar outros ritmos, outros tempos, ainda que a imagem continuasse sendo a de uma festa. Nesse momento, lembrei o filme que conta a trajetória da banda de Rock Titãs “O mundo até parece uma festa”. Mas que desejo era esse que se enunciava como desejo de festa? A sensação que habitava era de estar assistindo a uma TV que era zapeada o tempo todo, não podendo parar em canal algum. Não estava sendo possível fabricar pausas. As sensações, as ideias, os afetos, as percepções, as ações pareciam se desmanchar, se esvanecendo no ar, igual a uma cortina de fumaça. O cuidado, ali, se pulverizava a tal ponto que acabava produzindo pouco ou nenhum impacto sobre a mudança de modelo do cuidado local.

Tudo se passava como se fosse impossível para nós habitarmos aquele espaço-tempo de outra maneira. Quando saí daquele encontro, uma pergunta ressoava: quais os efeitos-subjetividades esse modo de estabelecer a rede relacional interna produzia no processo de cuidado e de gestão entre os usuários, entre os profissionais, gestores e, sobretudo, na relação do CAPS com o próprio território? Contudo, quero dizer que a paisagem afetiva experimentada nos primeiros encontros de supervisão do CAPS Linda Batista sofreu modulações significativas. O tempo habitado nas supervisões, agora, é outro completamente diferente daquele que experimentamos quando chegamos lá.

Trajetó 10: Efeitos-subjetividade da Gestão em Saúde Mental no Eixo Pavuna/Anchieta

Em oito anos de existência, o desafio maior do CAPS Linda Batista tem sido criar laços no território que funcionem como a urdidura de uma rede transversal de cuidado. Tarefa que se coloca como uma missão quase impossível diante das dificuldades enfrentadas pela Coordenação de Saúde Mental para garantir as condições mínimas como alimentação, medicação, equipe mínima de trabalhadores, para que as redes de intercessões no território possam ser minimamente tecidas. O início de 2009 foi marcado por uma mudança da gestão municipal que culminou com a paralisação de um projeto político que funcionara há doze anos. Existia uma rede aquecida que, embora habitasse momentos de muita fragilidade, fazia com que muita coisa pudesse acontecer num território quase desértico de redes de alianças (afetivas, intensivas, sociais, políticas, econômicas, estéticas, culturais etc.).

É bem verdade que ao longo dessa caminhada pelo movimento de desinstitucionalização da loucura, muitas lutas foram travadas e muitas batalhas puderam ser vencidas, muitas composições de forças construídas. Entretanto, sabemos que a rede de

cuidado pela qual os trabalhadores de saúde mental tanto lutaram preconizados pelo Ministério da Saúde e institucionalizada pela Lei 10.216, está longe de ser consolidada na rede de cuidado do eixo Pavuna/Anchieta. Apesar de termos vencido algumas batalhas que, em se tratando dessa realidade política, não podemos dizer que sejam irrelevantes. No entanto, outros enfrentamentos ainda se fazem necessários, pois corremos o risco de disseminar a lógica manicomial que pode ser capilarmente espalhada por toda parte. Isso implica dizer que a rede de saúde pública, particularmente a rede de saúde mental do Eixo Pavuna/Anchieta, vive momentos de intensa agonia e complexidade. Na realidade, chegou-se a um impasse. O que se vê, na prática, é a expansão de uma rede de saúde mental que, de saída, desde seu nascedouro, já emerge a partir de sérios problemas conjunturais, políticos, econômicos, sociais etc. Ora, novamente a pesquisadora há de pedir calma à supervisora-militante da Reforma Psiquiátrica.

Trajetos 11: A constituição do Fórum de Saúde Mental na AP. 3.3.

O Fórum de Saúde Mental surgiu em 2008, como efeito de um trabalho de articulação realizado pela Coordenação de Saúde Mental que antecedeu a essa gestão. Nesse processo de constituição da função-articulação, apostava-se na criação de discussões que construíssem ressonâncias coletivas ao enfrentamento dos impasses e dificuldades com a saúde que compreendia a área programática 3.3. Naquele ano, o Fórum experimentou movimentos de aquecimento, aumentando sua potência intercessora na rede de cuidado construída no território da CAP 3.3. O Fórum de Saúde Mental é constituído por todos os equipamentos que compõem os Eixos: Pavuna/Anchieta e Irajá/Madureira, sejam eles da rede de saúde (Policlínicas, Postos de Saúde, Hospitais, Unidades Básicas de Saúde, Emergência Psiquiátrica, Programas de Saúde da Família) ou da rede intersetorial (CRES, CRAS, Associação de Moradores, Lonas Culturais, Conselho Distrital, Fóruns Judiciários etc.). Desde sua constituição, o espaço do Fórum é coordenado pelo articulador-representante da gestão central no território.

Trajetos 12: A retomada do espírito crítico que deu origem à Reforma Psiquiátrica Brasileira: A experiência Fórum na rede de saúde

A experiência Fórum encarnada pelo coletivo de supervisores do município produzira ressonâncias no Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro, que se reinaugurou em 17 de setembro de 2009, a partir de trabalhadores insatisfeitos

com o estado de coisas instituído na rede de saúde mental. Estes trabalhadores uniram-se, resgatando o espírito do movimento de trabalhadores de saúde mental que deu origem à Reforma Psiquiátrica Brasileira. Tal resgate teve como objetivo não só a promoção de um debate democrático, mas também a implicação dos trabalhadores na melhoria de condições de trabalho que permitam oferecer à população do Município Rio de Janeiro uma atenção em saúde mental, garantindo a integralidade do cuidado e integração dos processos de trabalho. Contagiados por uma onda crítica que problematizava a complexidade da situação experimentada pelos trabalhadores de saúde mental do município, emergiram, pela cidade, rodas de conversas itinerantes que tinham como pauta de discussão o cuidado em Saúde Mental no Município do Rio de Janeiro. Nestas discussões, um ponto de pauta bastante problematizado foi a continuidade do processo de Supervisão na Rede Municipal de Saúde Mental. A ausência de institucionalidade do processo de supervisão na rede de saúde mental tornou-se um fato público que exigia um reposicionamento da Coordenação de Saúde Mental do Município do Rio de Janeiro frente a este problema.

Após onze meses de intervenções na rede de saúde mental, onde ganhamos e perdemos muitas batalhas, a supervisão clínico-institucional volta a adquirir institucionalidade na rede municipal, sendo contratada por uma organização não governamental. A ONG Campo foi a instituição escolhida em um processo de licitação realizado pela prefeitura para selecionar a instituição responsável pela contratação dos supervisores no município do Rio de Janeiro. A recontração da supervisão foi efetuada pela ONG Campo a partir de outubro de 2009. Não podemos deixar de lembrar que a contratação da supervisão no município do Rio de Janeiro foi um dos efeitos produzidos pelas discussões coletivas a partir de assembleias construídas pelo Fórum de Supervisores. A Experiência Fórum teceu resistências às linhas de força que nos expulsavam para fora dessa mesma rede. Experimentamos, nesse processo de negociação, linhas: de indefinições, de incertezas, de tensionamentos, de angústias, de desânimo, de paralisia, de impasses, de confusão, de mal entendidos, de lentidão, de promessas indefinidas, mas também acessamos outras linhas que também estavam ali fazendo tensão para emergir. Linhas de forças que afirmavam construção do cuidado e gestão do cuidado em rede. Houve, nesse momento, uma intensa luta de forças para manter acesa a chama crítica que inspirou o movimento de desinstitucionalização da loucura no Município do Rio de Janeiro.

Como já foi dito anteriormente, a supervisão não faz parte do quadro técnico da Prefeitura do Rio de Janeiro. Nesse sentido, a única possibilidade de contratação dos supervisores era mediante a realização de um processo seletivo que pudesse selecionar uma

entidade, pública ou privada, para prestação de serviços, que servisse de mediação entre a prefeitura e os supervisores. Diante da complexidade de problemas que a rede de saúde enfrentava por efeito da ausência de institucionalidade do processo de supervisão, a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, por meio da Subsecretaria de Gestão, publicou o edital de nº 13, em 13 de abril de 2009, tornando pública a realização de processo seletivo, a fim escolher uma entidade, pública ou privada, para prestação de serviços, objetivando a implantação de 18 dispositivos de supervisão clínico-institucional no Município do Rio de Janeiro. Entretanto, somente em 06 de outubro foi assinado o contrato com a ONG Campo, que ficou como entidade responsável pela contratação, por meio de prestação de serviços, da supervisão na rede substitutiva de saúde mental do município do Rio de Janeiro. Essa foi à única possibilidade de manter a continuidade do processo de supervisão na rede de Serviços Substitutivos de Atenção Psicossocial e de saúde, apostando na inclusão do terceiro setor como mais uma possibilidade de dar continuidade à construção de uma política pública no movimento de desinstitucionalização da loucura.

Terceira Cartografia Intensiva: composição dos conceitos-ferramenta

A concepção de rede

Poderíamos, de forma mais genérica, definir a noção de rede como um sistema acêntrico, hiperconectivo, que liga uma pluralidade de nós resultante de uma malha de múltiplos fios que se entrelaçam uns com os outros, podendo se espalhar indefinidamente para todos os lados, sem que nenhum dos seus nós possa ser considerado principal ou central, nem representante dos demais. Mesmo frente a essa definição mais geral, percebemos que uma rede não tem centro e sim nós de diferentes dimensões e em diferentes conexões capazes de se expandir de forma ilimitada, integrando novos nós e gerando outros.

Colocar em análise o conceito de rede a partir de sua definição genérica parece-nos frágil e insuficiente diante da complexidade que essa noção envolve quando estamos tratando da rede de saúde mental. Se, por um lado, não vemos sentido em fazer elogios à funcionalidade de sua estrutura e suas diferentes dimensões, por outro lado, muito menos lançaremos juízos que operem a sua condenação efetiva. A rigor, com essa definição geral de rede, temos a abertura para nos aliar, por exemplo, tanto ao Fórum Social Mundial quanto ao Fórum Econômico Mundial. Assistimos, por exemplo, desde 2001, à efetuação de dois acontecimentos reticulares e simultâneos, um em Porto Alegre, no Brasil, e o outro em Davos, na Suíça.

Nos dois hemisférios, sul e norte, duas redes foram acionadas ao mesmo tempo: um movimento que podemos chamar de quente e outro de frio. Um movimento de aquecimento da rede acontecendo no Brasil, implicando redes de lideranças de movimentos sociais de todo o mundo e outro de esfriamento da rede, na Suíça, envolvendo a cúpula dos nove países mais ricos do mundo.

Ambos os movimentos constituindo-se a partir de um sistema acêntrico e hiperconectivo que comporta uma dinâmica que conecta, agencia e aquece; e outra que paralisa e esfria. O primeiro, disparando processos de diferenciação e singularização; já o segundo, visando produzir a equivalência universal, criando movimentos em redes homogeneizantes do capital. Concordamos com Guattari (1998) quando situa os efeitos resultantes das tecnologias que funcionam como redes sob duas perspectivas: uma dinâmica que gera efeitos de expansão, diferenciação da existência, singularização, desterritorialização, potencialização da vida e outra que produz efeitos de empobrecimento da vida, massificação, homogeneização, reterritorialização e despotencialização da existência.

As análises construídas por Félix Guattari em *Caosmose* (1998) revelam que a produção maquínica da subjetividade em rede leva-nos a cartografar movimentos, tendências e efeitos-subjetividade que podem ser tanto de aquecimento das redes, transversalização, diferenciação, conexão, expansão, alegria e potencialização da vida; quanto de esfriamento dessas mesmas redes, gerando constrangimento, tristeza, autoritarismo e assujeitamento da vida.

Gilles Deleuze e Félix Guattari (1995), em *Mil Platôs*, afirmam o conceito de rede a partir do primado ontológico da linha de força sobre a forma constituída, fazendo operar o primado da relação, quero dizer, da conexão sobre a forma instituída. A fim de efetuar os desafios que essa ontologia convoca, tais autores tomam de empréstimo da botânica o termo rizoma. Em botânica este termo define sistemas e caules subterrâneos de plantas flexíveis que dão brotos e raízes adventícias em sua parte inferior.

O rizoma não tem centro nem periferia, suas conexões se dão sem a obediência à hierarquia ou ordem de filiação. Crescem por todos os lados, estendendo-se em todas as direções. Avançam por contato, por contágio mútuo, por aliança ou composição de força. Suas conexões ou agenciamentos suscitam movimentos de transformação nas linhas conectadas, imprimindo-lhes novos movimentos, novas direções. Trata-se de um regime temporal em que não vigoram a cronologia, a sucessão e a reversibilidade necessárias ao funcionamento por causa e efeito (KASTRUP, 2004).

Deleuze e Guattari (1995, p. 15) dirão: “O rizoma nele mesmo tem formas muito diversas, desde sua extensão superficial ramificada em todos os sentidos até suas concreções em bulbos e tubérculos”.

No rizoma, cadeias heterogêneas se conectam de diversas formas, sejam elas: cadeias biológicas, econômicas, políticas, sociais, artísticas, linguísticas etc. Pode-se dizer, a rigor, que o rizoma faz funcionar uma conectividade entre estados de coisas e regimes de signos diferentes. Um rizoma não possui sujeito, nem mesmo objeto. O rizoma assegura o domínio da autocriação, autoinventividade, das transformações ocorridas, mas sem apelar para qualquer instância supostamente exterior (KASTRUP, 2004).

Se partirmos do rizoma como esse plano informe ou molecular das linhas que corresponde ao domínio da inventividade, da autocriação, diremos que as formas adquirem um caráter provisório, temporário, podendo ser dissolvidas, desmanchadas, rompidas, feitas e refeitas, quando entram em correlações de forças com outras linhas que acionam o movimento do tempo inventivo.

A fim de marcar a distinção entre rizoma e estrutura, Deleuze e Guattari (1995, p. 32) afirmam:

Oposto à estrutura, que se define por um conjunto de pontos e posições, por correlações binárias entre estes pontos e relações biunívocas entre essas posições, o rizoma é feito somente de linhas: linhas de segmentaridade, de estratificação como dimensões, mas também de linhas de fuga ou de desterritorialização como dimensão máxima segundo a qual, em seguindo-a, a multiplicidade se metamorfoseia mudando de natureza.

O rizoma se efetua produzindo infinitas possibilidades de ramificações, contendo múltiplas entradas e múltiplas saídas. Essa é a sua face metodológica que deve ser entendida:

como um mapa aberto, conectável em todas as suas dimensões, desmontável, reversível, suscetível de receber modificações constantemente. O mapa pode ser rasgado, revertido, adaptar-se a montagens de qualquer natureza ser preparado um indivíduo, um grupo, uma formação social. Pode-se desenhá-lo numa parede, concebê-lo como uma obra de arte, construí-lo como uma ação política ou como uma meditação (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 22).

Diremos que ele não é feito de unidades, mas de dimensões compostas de linhas de segmentaridade dura, molar ou de corte, linhas de segmentação maleável ou de fissura molecular e linhas de fuga ou de ruptura, abstrata, mortal, não segmentar, que atravessam tanto os grupos, os indivíduos, quanto as sociedades, compondo-as e compondo nosso mapa individual, grupal ou coletivo. Tais linhas se transformam e penetram umas nas outras, formando um rizoma que se estende como um mapa aberto a ser traçado o tempo todo (DELEUZE; GUATTARI, 1996).

A rede de saúde mental do Eixo Pavuna/Anchieta é composta por linhas. O desafio metodológico dessa pesquisa-intervenção é fazer a cartografia dessas linhas. A cartografia não consiste na interpretação, nem mesmo na significação do estado de coisas, mas trata de interrogar quais linhas estão sendo traçadas nos coletivos. Quais lineamentos predominam nessa rede? Onde estão os segmentos duros? Quais linhas indicam graus de pontos de abertura a novas conexões? Quais linhas estão se compondo? Onde e como tais fluxos se conjugam? Quais são as linhas de ruptura? Como estão sendo interrompidas? Quais os perigos enfrentados sobre cada uma delas? (DELEUZE; PARNET, 1998).

Queremos dizer com isso que pretendemos, em nossa pesquisa-intervenção, menos interpretar os conjuntos de serviços, os sujeitos ou estruturas da rede de saúde mental, mas destacar linhas que compõem mapas existenciais parciais e provisórios nos dispositivos: supervisão do CAPS Linda Batista e Supervisão de Eixo Pavuna/Anchieta.

No entanto, para que possamos construir lentes que permitam acompanhar o traçado da experiência que compõe esta pesquisa-intervenção, precisamos dar um pequeno passo.

Devemos dizer o que estamos compreendendo por linhas. Seguimos as pistas deixadas por Gilles Deleuze (1992), em *Conversações*, quando compreende as linhas como constitutivas das coisas e dos acontecimentos. Numa entrevista sobre *Mil Platôs*, o filósofo do desejo, movido por uma inspiração clínico-política, nos diz: “cada coisa tem sua geografia, sua cartografia, seu diagrama [...] O que há de interessante, mesmo numa pessoa, são as linhas que a compõem, ou que ela compõe, ou que ela toma emprestado, que ela cria” (DELEUZE, 1992, p. 47).

Passos e Barros (2004), ao definirem a dimensão pública e coletiva como uma dinâmica que se processa em forma de redes no contemporâneo, ressaltam um sentido ambíguo e paradoxal de seu funcionamento. Deve-se compreender que tais redes comportam, ao mesmo tempo, abertura, deixando escapar linhas de fuga criadoras de novas formas de existência, ou fechamento, capturando a potência de diferir da vida. O fechamento gera modos de experimentar a realidade em que o produto se separa de seu processo de produção. A dinâmica em rede se caracteriza por esse paradoxo, por essa ambivalência, porque comporta tanto um funcionamento quente quanto um funcionamento frio.

Tais autores, ao comentarem uma matéria de Luís Fernando Veríssimo em defesa do I Fórum Mundial de Porto Alegre, afirmam que este definiu tal experiência como um “Davos quente”, ou seja, uma espécie de “globalização invertida” que se daria de baixo para cima. É importante ressaltar que a dinâmica da rede se torna quente quando opera por conectividade ascendente e expansão sem hierarquia, criando efeitos transversais. Em outras palavras, a rede quente afirma a experiência do coletivo como constituinte de novas formas de existência, gerando efeitos de diferenciação da vida. Esse plano de produção heterogêneo cria uma política de resistência aos efeitos de serialização, homogeneização, autoritarismo, característicos do capitalismo mundial integrado (PASSOS; BARROS, 2004).

Há uma tendência ao movimento de esfriamento da rede quando identificamos, cartograficamente, em sua dinâmica, a preponderância de linhas duras ou segmentares compostas de nós que funcionam como concentrados de poder. O movimento de esfriamento da rede está relacionado com a função desempenhada por seus nós. Quando os nós da rede exercem a função de concentrados de poder tendem a se transformar em autorreferentes, passando a reproduzir seu próprio lugar em uma conectividade descendente, hierárquica, vertical e fechada. Neste caso, o cargo de direção de um CAPS, por exemplo, pode coincidir e colar com a função-de-direção, tornando-se indistintos e inseparáveis, de tal maneira que aquele que ocupa o cargo tende a concentrar em si toda a função de direção, comprometendo

o protagonismo e a corresponsabilidade dos integrantes da equipe. A concentração de poder em um nó da rede compromete o grau de abertura transversal do grupo. A transversalidade do grupo é o que garante, segundo Guattari (1985), uma posição sujeito ou uma posição assujeitada nessa mesma rede. Dessa forma, os concentrados de poder esfriam a rede na medida em que diminuem o grau de abertura transversal, produzindo efeitos de assujeitamento em seus integrantes.

Em sua versão fria, a rede de saúde pode ter, em sua dinâmica relacional, que se dá entre usuários, trabalhadores e gestores, concentrados de poder que impedem tanto o manejo distribuído das funções de gestão, quanto a abertura transversal entre e intergrupos, comprometendo as construções e pactuações coletivas. Quando detectamos predominância desse funcionamento concentracionário de poder, há indícios de que essa rede esteja entrando em paralisia ou, na melhor das hipóteses, esteja esfriando.

Outro vetor que nos parece importante ressaltar frente ao movimento de esfriamento da rede diz respeito a uma relação de distinção e de separação entre os nós da rede, de maneira que se pressupõem entre eles efeitos de verticalização, hierarquização, oposição, dicotomização, ou efeitos de homogeneização, serialização e assujeitamento. A título de exemplo pode-se citar a relação de distinção e separação entre as funções de atenção e de gestão na rede saúde mental, comprometendo o grau de transversalidade grupal. Neste caso, vê-se que, se, de um lado, os diferentes se separam hierarquicamente, gerando uma relação de oposição e dicotomia entre atenção e gestão, do outro lado, os iguais aglutinam-se, formando blocos sintomáticos de corporativismo que indicam tendências ao esfriamento, legitimando uma posição assujeitada dos trabalhadores e dos gestores na rede de saúde mental.

Convém ressaltar novamente que a relação de hierarquização, autoritarismo, homogeneização, serialização da existência e o assujeitamento dos trabalhadores são efeitos-subjetividade produzidos por concentrados de poder que operam localizando o poder como se o poder fosse algo que se detivesse nas próprias mãos, tornando-o privado, obscurecendo, desta forma, o exercício de sua circulação presente nas relações de força intra e intergrupos. Em outras palavras, quando o poder se concentra numa relação de autorreferência, a diminuição do grau de transversalidade intra e intergrupos confere uma posição assujeitada à dinâmica dos trabalhadores numa tendência de esfriamento da rede de serviços de saúde mental.

Desde que iniciei a supervisão clínico-institucional em serviços substitutivos de saúde mental (CAPS), há doze anos, senti a necessidade de problematizar a concepção de rede

encarnada no campo da saúde e especificamente no campo da saúde mental. Os desafios enfrentados tanto no processo de supervisão do CAPS quanto no processo de supervisão do Eixo levaram-me a interrogar as concepções de rede encarnadas no campo da saúde, sobretudo, no campo da atenção básica de saúde e no campo da atenção psicossocial. Ao habitar as questões que esses dois dispositivos de supervisão têm constantemente me colocado, surpreendo-me com o desafio de disparar uma rede de efeitos transversais na atenção básica e, especificamente, na atenção psicossocial, por onde passem novas maneiras de ser afetado e de afetar, movimentos de intercessão, de desestabilização do instituído, de desindividualização de identidades etc.

A necessidade de aproximação com a concepção de rede, tanto na reforma sanitária quanto na reforma psiquiátrica, levou-me, inicialmente, a entrar em contato com o texto da lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que institui o SUS e propõe a produção da saúde a partir de redes de serviços e ações regionalizadas e hierarquizadas, seguindo os princípios da universalidade, equidade e integralidade. Por outro lado, no âmbito da reforma psiquiátrica brasileira, seguimos lutando pela extinção dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por redes de serviços que se constituam a partir da perspectiva clínica da atenção psicossocial.

Na supervisão do Eixo Pavuna/Anchieta, fomos nos dando conta que a noção de rede é um conceito-ferramenta importante tanto no campo da saúde coletiva quanto no campo da saúde mental. O conceito de rede em saúde está presente em vários autores do campo da saúde coletiva tais como Campos (1997), Merhy (2002), Cecílio (2004), e Ceccim e Ferla (2006). Tais autores vêm problematizando o enrijecimento e a burocratização das redes de atenção em saúde, assim como a fragmentação da atenção prestada. Fazem uníssonos em um aspecto: o princípio de hierarquização que organiza as redes de ações e serviços do SUS possibilitou um planejamento racional do sistema, mas propiciou também a fragmentação, a burocratização e a dificuldade de acesso ao sistema.

No âmbito da saúde mental, a proposta de um trabalho em rede começa a ganhar visibilidade como um dos pilares da luta antimanicomial na medida em que é uma estratégia importante para a socialização do portador de transtorno mental. Nesse momento, a aposta na constituição de serviços abertos (serviços substitutivos) visa à reinserção social de indivíduos que experimentam uma relação de estigma e/ou exclusão com o corpo social. Tal rede emerge como uma possibilidade de aproximar os indivíduos da comunidade, ajudando-os, portanto, na reconstrução das relações sociais rompidas pelas sucessivas internações nos manicômios. Há uma luta pela construção de redes sociais que acolham e insiram modos de vida abortados

do contato social: “ovelhas negras” excluídas da convivência familiar e social. Seres “sem lenço e sem documento, sem dinheiro no bolso”, sem uma rede familiar ou de vizinhança e com residência provisória em alguma comunidade do subúrbio carioca.

Na medida em que o dispositivo-supervisão pôs em análise o plano comunicacional que atravessava as equipes dos serviços (do CAPS Linda Batista, da Atenção Básica, da saúde mental da Policlínica Amaral Peixoto, da Emergência do Pam Rodolfo Rocco e da Enfermaria de Curta Internação do Hospital Nise da Silveira), vimos emergir outras dimensões de rede. Ao acompanhar as problematizações tecidas por Teixeira (2005a), passamos a conceber tais serviços como grandes redes de conversações. As redes de conversações tecem outras dimensões da/na rede: funcional, afetiva, intensiva, pública e criativa.

Apesar dos indicadores clínicos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) (Obra incluída) revelarem um considerável aumento na implantação dos serviços substitutivos, diminuindo o número de leitos em hospitais psiquiátricos, contribuindo, assim, para o contínuo processo de reversão do financiamento do modelo assistencial, novos problemas têm surgido no campo da atenção psicossocial. Um desses problemas é efeito da adequação dos serviços e ações em saúde mental à lógica do SUS. O princípio de hierarquização forçou os serviços de saúde mental a incorporarem-se na rede de saúde, caracterizando-se como primários, secundários ou terciários, dificultando, assim, o acesso a eles e levando à classificação de “crises e tipos de crises” (CAMPOS, 2000).

Na supervisão de saúde mental do território Pavuna/Anchieta, a atenção à crise vem sendo bastante tensionada pela lógica de classificação adotada pelo SUS, que, muitas vezes, tende a comparecer de forma verticalizada, hierarquizada e compartimentalizada por níveis de complexidade.

Não podemos deixar de ressaltar com Alves e Guljor (2004) que o princípio de hierarquização aliado ao mecanismo de referência e contrarreferência pode produzir um “cuidado fragmentado” na medida em que há quebra na regularidade e continuidade do cuidado aos usuários. No território Pavuna/Anchieta assiste-se, na maioria das vezes, a uma peregrinação do usuário em busca de acolhimento e de cuidado. Os usuários partem da Policlínica Amaral Peixoto ao CAPS II Linda Batista, do CAPS Linda Batista à emergência do PAM Rodolfo Rocco, do PAM Rodolfo Rocco ao Instituto Nise da Silveira. Ao chegarem ao Instituto Nise da Silveira, permanecem lá por um curto espaço de tempo. Prescrevem-lhes a alta “clínica” sem que haja, na maioria das vezes, uma discussão com o CAPS Linda Batista sobre as condições psicossociais de cada caso em questão. É comum os usuários receberem

alta do instituto, retornando para a comunidade sem que haja a construção de um território existencial mínimo para que possam se sustentar fora do hospital. Vemos, muitas vezes, a mesma cena se repetir: os usuários chegam ao CAPS acompanhados de algum familiar, portando em uma das mãos um saco plástico com a medicação dispensada pelo instituto e na outra uma guia de encaminhamento sem nenhuma discussão e construção anterior com o CAPS sobre o processo de alta de cada usuário. Se, por um lado, o CAPS não acompanhava semanalmente os usuários graves durante o período de internação, por outro, o hospital também não construía a alta do usuário em parceria com o CAPS. Nesse momento, demos conta do baixo grau de abertura transversal entre a equipe do CAPS Linda Batista e a enfermaria de curta e de longa permanência do Instituto Nise da Silveira.

Durante o processo de supervisão ao CAPS Linda Batista e de supervisão ao Eixo Pavuna/Anchieta, fomos, aos poucos, acessando efeitos-subjetividades na/da rede quando começamos a discutir as formas que performatizavam o acolhimento no Programa de Saúde da Família, no Posto de Saúde Nascimento Gurgel, no Ambulatório da Policlínica Amaral Peixoto, no CAPS Linda Batista, na Emergência do Rodolfo Rocco e no Instituto Nise da Silveira. Tais discussões perpassaram não só a supervisão do CAPS Linda Batista, mas, sobretudo, a supervisão clínico-institucional do Eixo Pavuna/Anchieta. Discutimos casos clínicos de muitos usuários que repetiam o mesmo circuito fragmentado de cuidado em cada um dos equipamentos da rede de saúde mental do território, circulando, ininterruptamente, de serviço em serviço. Parecia que sempre se começava do zero. A experiência anterior não era incorporada ao cuidado do caso. Víamos emergir, frente aos olhos do cartógrafo, linhas duras que performatizavam a “repetição do mesmo”, repetição sintomática efeito de um funcionamento segmentado da rede de serviços. A cada serviço de saúde em que o usuário chegava, iniciava-se um processo de cuidado completamente seccionado do que foi proposto como estratégia de cuidado pela instituição anterior.

Esse funcionamento coloca o desafio de pensarmos outras determinações para o sentido de cuidado e de gestão do cuidado que sejam capazes de transformar esse estado de coisas instituído na rede de serviços do Eixo Pavuna/Anchieta. Afinal de contas, tem-se deparado com uma segmentação do cuidado que vem produzindo consequências gravíssimas, sobretudo, no atendimento de pessoas que experimentam um processo de subjetivação que determina sofrimento. A partir da discussão dos casos clínicos, verificamos que, nos primeiros sinais de crise, os serviços de saúde do território logo encaminham o usuário à emergência psiquiátrica do Rodolfo Rocco e, de lá, ao Instituto Nise da Silveira.

Convém ressaltar que, se a lógica de encaminhamento predominar no processo de acolhimento à crise, pode-se esvaziar a possibilidade de produção de uma diferença na situação de crise, construindo, nos serviços, substitutivos a condição de acessório complementar ao hospital psiquiátrico – e não a potência ética de cuidado construído na atenção psicossocial (CAMPOS, 2000).

A emergência da noção de rede no processo da reforma sanitária

Até a primeira metade do século XX, predominou no Brasil um modelo de saúde pública caracterizado pelo sanitarismo, cujo objetivo era o combate às doenças pestilenciais qualificadas por epidemias tais como o tifo, a varíola, a febre amarela etc. (MENDES, 1995). Constata-se que essa concepção de saúde pública expressava um modelo de saúde que se impôs por meio do projeto de saneamento abrupto dos espaços urbanos, realizado com ações de cunho higienista que beneficiavam a circulação de mercadorias nas cidades. Não há como negar que esse modo de produzir saúde priorizava, como marca intervencionista, um estilo repressivo em suas decisões, constituindo uma divisão entre saúde pública (direcionada às ações coletivas) e atenção médica (direcionada aos indivíduos trabalhadores isoladamente) (MERHY; QUEIROZ, 1993; MENDES, 1995; MERHY, 1997).

Frente a essas condições, não podemos dizer que havia o que se possa definir como rede de serviços em saúde. “O sanitarismo-campanhista” tornava-se cada vez mais ineficaz aos problemas de saúde da população brasileira, haja vista que sua política centralizadora atendia apenas a uma parcela muito específica da população. Sua cobertura assistencial era muito restrita a estratos populacionais específicos. Isso implicava não levar em consideração diferenças culturais, sociais e econômicas envolvidas no processo de saúde-doença em cada região do país (FAGUNDES, 1992).

A partir da 3ª Conferência Nacional de Saúde (1963), emerge a problematização da concentração política, geográfica e administrativa dos serviços de saúde, contribuindo para deixar grandes contingentes populacionais sem cuidado. Como tentativa de resolução dessa problemática, emerge a proposta de extensão da cobertura do cuidado por meio de uma rede básica de serviços médico-sanitários. O objetivo era a construção de uma infraestrutura de saúde composta de maneira descentralizada tanto em seu aspecto geográfico quanto administrativo.

Observa-se que a necessidade de expansão da cobertura de serviços coexiste com a necessidade de contenção de gastos, impondo uma racionalização das propostas emergentes.

Obtém-se como resultado a proposição de expansão de uma rede básica entendida como uma atenção mínima e de baixo custo, sendo operada por prioridades. Esta conferência aponta como novidade a constituição de serviços ambulatoriais que buscam assistir o grande contingente de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos no ano de 1962. No entanto, deve-se salientar que a ideia de rede aqui está vinculada à melhor distribuição de serviços de saúde.

Com a ditadura militar brasileira, em 1964, houve a expansão da assistência por meio da compra de leitos em hospitais privados, contrariando as propostas da 3ª Conferência Nacional de Saúde. De acordo com Mendes (1995), a partir desse momento, tornou-se hegemônico o “modelo médico de saúde privatista” cujas características são: a cobertura da saúde previdenciária; privilégio da prática curativa, médica, individual, especializada e assistencialista; o padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde; a criação de um complexo médico-industrial etc. Entre os efeitos decorrentes dessa política, podemos citar a produção da doença mental como objeto de lucro, a precarização dos serviços públicos de assistência, a proliferação de hospitais psiquiátricos regionais, a cronificação da clientela internada, entre outros (AMARANTE, 1995; RESENDE, 2001).

Esse modelo de saúde privatista cria como correlato, na gestão dos serviços de saúde, processos de trabalho verticalizados geridos por uma função centralizadora produzindo, como efeito, a baixa autonomia das unidades de saúde. Merhy (1997) sinaliza o perigo de objetivação tanto do usuário quanto do trabalhador quando o cuidado fica reduzido à dimensão específica do corpo e a procedimentos pontuais, sem levar em consideração outras determinações coletivas que também participam do processo de produção saúde/doença, como, por exemplo, os vetores econômicos, sociais, afetivos, políticos, históricos.

Diante dos efeitos produzidos por esse modelo hegemônico de assistência e a consequente crise gerada no setor da saúde, começam a surgir, a partir da 5ª e 6ª Conferências Nacionais de Saúde (CNS), realizadas em 1975 e 1977, propostas que estabelecem princípios de organização e funcionamento do Sistema Nacional de Saúde (SNS).

É importante frisar que a 5ª Conferência Nacional de Saúde traz como pontos de discussão a heterogeneidade das ações produzidas nos serviços de saúde; problemas gerados nos fluxos de informação e de pessoas entre serviços; pluralidade de órgãos atuantes no setor saúde; duplicidade de serviços; dificuldade de integração entre os níveis Federal, Estadual e Municipal; indefinição de políticas e diretrizes para os serviços; competição e rivalidade entre instituições de saúde etc. A novidade dessa conferência é a defesa da ideia de um “sistema”

que englobe e regule todos os serviços de saúde, sejam públicos ou privados. Foi nesse sentido que, em 1975, sancionou-se a lei 6.229 que organiza o Sistema Nacional de Saúde (SNS) (BRASIL, 1975).

Desvio I: A Dimensão Funcional da Rede de Saúde

Definimos como funcional a dimensão que descreve o funcionamento e a articulação do sistema de saúde. A dimensão funcional começa a fazer sentido na rede de saúde somente a partir da 6ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1977, quando inicia uma discussão sobre a necessidade de expansão do cuidado por meio da constituição de serviços de atenção básica, centrados na prevenção de doenças e promoção da saúde. Dessa maneira, à medida que a assistência à saúde é expandida, surge uma preocupação, não apenas com o estabelecimento dos serviços, mas, sobretudo, com o modo como os serviços se articulam, executando ações de saúde. Nesse contexto, a rede é compreendida não somente como um mero conjunto de serviços de características semelhantes e bem distribuídos espacialmente, mas, sobretudo, como um conjunto de serviços complementares uns aos outros, que devem compor um sistema, exigindo ordenação, normatização, racionalização. O sentido de rede se aproxima da ideia de um **“sistema funcional”**. Esse sentido de rede atualiza o caráter de circulação e controle do sistema a partir da articulação dos diferentes serviços situados como nós da rede. Claro está que não se trata apenas de “ter” uma rede, mas de funcionar “em” rede, de uma forma articulada. Há uma preocupação com a construção de um funcionamento em rede que garanta uma articulação e controle entre os diferentes serviços.

O combate aos processos de cuidado fragmentados na saúde coletiva ganha força a partir da 7ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1980, quando surgem fortes críticas à medicina de alto custo e à desigualdade na oferta e na qualidade da saúde pública. Em consonância com tais análises, Macedo (1980), ao proferir uma conferência durante a 7ª CNS, coloca em discussão a grande lucratividade dos produtores de insumos privados no setor da saúde, constituindo, assim, a “indústria da doença”. Em suas reflexões, observa que, se o setor de saúde centra sua ação numa atuação médico-hospitalar, termina investindo, com esse funcionamento, em uma grande quantidade de recursos para assistir apenas a um pequeno público. Arrisco-me a dizer que esse tipo de política vem cada vez mais retroalimentando a indústria da doença.

Durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, consolida-se a proposta de uma rede de saúde regionalizada e hierarquizada. Gostaríamos de ressaltar a

importância que essa conferência teve na medida em que produziu, como um de seus desdobramentos, a criação do Sistema Único de Saúde por meio da lei 8.080/90. Nesta conferência, afirmou-se o princípio ampliado de saúde, a universalização do acesso e a integralidade da saúde. É importante dizer que esse processo de reorganização da assistência à saúde, do qual a criação do SUS é uma de suas principais expressões, ficou conhecido como **reforma sanitária**. Nesta perspectiva, a rede é entendida como um território espacial, tornando-se, predominantemente, uma rede funcional, sua conexão sendo determinada pela circulação do usuário pelos serviços.

Nesse momento, houve uma articulação entre as propostas defendidas pela reforma sanitária e os objetivos encarnados pela reforma psiquiátrica. Diante desse contexto, a saúde pública se depara com o desafio de maior efetividade de suas ações e extensão de sua cobertura. Adota-se a rede básica como um caminho para a construção da nova institucionalidade, que prevê unificação do sistema de saúde, concomitante à produção de novos processos de cuidado que ultrapassem os modelos médico e burocrático. A rede de atenção básica comporta maiores possibilidades para incluir outras práticas no cuidado e, nesse sentido, é tomada, cada vez mais, como um novo espaço privilegiado do cuidado em saúde (MERHY, 2002; SILVA, 2005).

A característica vital do trabalho em rede é que funcione como um sistema aberto, composto por vários equipamentos que estabelecem entre si uma relação de aliança e de composição de forças. A rede, em seu sentido espacial e funcional, diz respeito a um conjunto de serviços e equipamentos de saúde interligados num determinado território geográfico, seja ele um distrito sanitário, um município ou uma regional de saúde. Por exemplo, a rede de atendimento à saúde mental é formada por vários equipamentos de saúde, sejam eles os hospitais, as policlínicas, as emergências, as unidades básicas, as equipes de saúde da família. Todos esses equipamentos são articulados tendo como objetivo produzir a reabilitação psicossocial dos portadores de transtorno mental, colocando em discussão os direitos dos portadores de transtorno mental e sua inserção na comunidade (SILVA, 2005).

A experiência de supervisão em serviços substitutivos de saúde mental fez ver a importância da funcionalidade da rede de saúde que, mal articulada, incapacita a reforma psiquiátrica de efetivar o processo de desinstitucionalização da loucura. Por exemplo, na supervisão de Eixo, discutimos casos clínicos acompanhados pelo Ambulatório da Policlínica Amaral Peixoto que, nos primeiros sinais de crise, foram, imediatamente, encaminhados à emergência do Pam Rodolfo Rocco e à internação do Instituto Nise Silveira. Por outro lado,

nesse mesmo dispositivo, discutimos casos clínicos levados pelas equipes do Programa da Saúde da Família, cuja sintomática era bem distinta daquela que tinha como destino instantâneo e irreversível a internação. Acreditavam que deveriam ater-se, apenas, ao acolhimento de casos menos complexos. Em situações excepcionais de acolhimento aos usuários egressos do Instituto Nise da Silveira, acabavam repetindo as mesmas prescrições médico-medicamentosa fornecidas pelo Hospital, sem uma nova avaliação psicossocial do caso em questão. Esse funcionamento acelerava o processo de reinternações no Instituto. A cada sinal ou iminência de crise, eram, imediatamente, encaminhados à internação, fechando um circuito gerador de aniquilamento psicossocial (FAGUNDES, 1992).

A psiquiatria democrática italiana e a rede psicossocial

O Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental do Brasil foi fortemente influenciado pelo referencial teórico-prático da psiquiatria democrática italiana, se constituindo junto a outros movimentos sociais como movimento da luta antimanicomial. A psiquiatria democrática italiana pressupõe rupturas em relação ao modelo da psiquiatria preventiva ao operar um processo mais profundo que a desospitalização, colocando a ênfase no processo de desinstitucionalização da loucura. O paradigma da desinstitucionalização constitui-se a partir da crítica epistemológica ao saber/poder médico-psiquiátrico, propondo a desnaturalização das práticas instituídas.

Em última análise, diremos que o processo de desinstitucionalização não coincide com o mero fechamento do hospital psiquiátrico, mas trata-se do questionamento das relações de saber/poder instituídas no manicômio, nos serviços de saúde, na comunidade, na vizinhança, na família etc. O processo de desinstitucionalização pressupõe mudança de atitude “*ethos*”, portanto, do modo de olhar a doença mental, colocando em questão tanto o saber psiquiátrico, quanto as formas capilares como esse saber se faz presente em outras modalidades assistenciais e no cotidiano das relações sociais (AMARANTE, 1994).

A proposta italiana pressupõe uma série de rupturas ao modelo da psiquiatria preventiva norte-americana. A crítica constituída por Basaglia (2005) é de que a psiquiatria preventiva não coloca o saber médico psiquiátrico em análise. A ideia é a de que a lógica manicomial prescinde do manicômio para existir, podendo espalhar-se capilarmente na comunidade, que passa a ser o novo campo de reprodução de tais práticas.

Nesse sentido, o movimento crítico produzido por Basaglia não propõe um melhoramento da psiquiatria preventiva. Ao contrário, a partir da crítica à experiência da

psiquiatria preventiva americana, propõe a construção de um paradigma de atenção que deixa de ser o modelo “problema-solução” e passa a ser baseado na complexidade do processo de desinstitucionalização. Um novo objeto das práticas de cuidado toma o lugar da doença mental. É a subjetividade em sofrimento na relação com as determinações coletivas que a compõe que se torna o objeto da psiquiatria democrática italiana. Produz-se, em contrapartida, um novo objetivo, não mais a cura e sim os processos de produção de novas maneiras de ser afetado e afetar, de criação da vida, da sociabilidade e de produção de sentido.

O espírito crítico da luta antimanicomial, entendido agora como aposta na desinstitucionalização da loucura, traz como desafio a construção de uma nova rede de serviços abertos destinados aos portadores de transtornos mentais. Vale esclarecer que, nesse momento de construção da rede de serviços substitutivos, a lógica do trabalho em rede está sendo pensada como uma possibilidade de resistência aos modelos medicocentrado e hospitalocêntrico, existentes, não apenas na saúde mental *strito senso*, mas na saúde coletiva como um todo. A psiquiatria democrática italiana prevê a extinção do hospital psiquiátrico e sua substituição por uma “rede de atenção psicossocial”, ou “rede substitutiva”. Na perspectiva da atenção psicossocial, um dos equipamentos importantes é o Centro de Saúde Mental, que se caracterizava por serviços dispostos de forma territorializada, para atender um número delimitado de habitantes, garantindo, assim, a atitude de responsabilização pela demanda territorializada em qualquer situação relacionada a sofrimento, 24h, sete dias da semana (ROTELLI, 1990).

Além de propor o cuidado efetivo na rede substitutiva, a atenção no novo paradigma da saúde mental deve também articular possibilidades de trabalho, moradia, circulação pela cidade, lazer e cultura, diferentemente da psiquiatria preventiva que produz a fragmentação da atenção da doença mental em diferentes momentos – aos quais correspondem diferentes serviços assistenciais dispostos em níveis de complexidade. Na psiquiatria democrática italiana, a noção de rede é ampliada, abrangendo a complexidade do processo de produção da subjetividade dos que demandam tratamento em saúde mental. Essa amplificação pede conexões com modos de codificação diversos: vetores sociais, econômicos, políticos, biológicos, históricos, ambientais etc. Isso implica a criação de redes intrasetoriais e intersetoriais para dentro e para fora dos serviços.

Gostaríamos de insistir, aqui, nesse ponto importante de nossa problematização: a organização do cuidado em saúde e especificamente em saúde mental vai depender da capacidade de criação de outros níveis e outros sentidos de rede. Poderíamos pensar a rede de

saúde como um dispositivo que comporta outros dispositivos, expressando-se em sua potência rizomática, conforme afirmam Deleuze e Guattari (1995).

Pensar a rede como um dispositivo de cuidado que comporta outros dispositivos ganha amplitude numa aposta que se faz na tecedura de processos de grupalidade, bem como na construção constante de coletivos. A rede como um dispositivo de produção de cuidado e gestão desse mesmo cuidado convida-nos a tecê-la numa dupla acepção. Uma primeira dimensão de rede de serviços que se constrói enquanto sistema de regulação, outra dimensão que se cria enquanto dimensão de usuários, trabalhadores e gestores, resultando em processos de atenção e gestão mais eficientes e eficazes, que construam a integralidade da atenção. São estes processos de interação entre os serviços e destes com outros movimentos e políticas sociais que fazem com que as redes de cuidado e de gestão sejam sempre produtoras de saúde num dado território.

Pensamos a rede transversal como efeito de dispositivos que são redes de articulação de redes, funcionando como experiência conectiva e rizomática produtora de cuidado no território. Apostamos na constituição de um funcionamento rizomático da rede de saúde no qual sua dinâmica descentrada gera efeitos de diferenciação. Uma rede heterogênea e diferenciante que aposta na constituição de conexões, atuando sem centro específico. Dessa maneira, compreendemos todos os serviços como dispositivos que compõem a rede de saúde, podendo funcionar como intercessores na medida em que experimentam a rede como um processo de inesgotável conectividade, na qual não há um serviço-centro que organize o território, mas uma rede de múltiplas e intermináveis conexões que a constituem.

Devo esclarecer que a rede transversal, enquanto efeito de um dispositivo rizomático, não se restringe, apenas, à dimensão funcional que diz respeito à rede de serviços hierarquizados com seus centros bem definidos, mas toma sentidos heterogêneos: rede enquanto uma experiência conectiva, instituinte, reversível, desmontável, passível de ser expandida, reconfigurada, modificada, com múltiplas entradas e saídas. Nesse sentido, ousamos ampliar o sentido de rede a outras dimensões: rede enquanto experiência **funcional afetiva, intensiva, pública e criativa**.

Desvio II: A Dimensão Afetiva da Rede de Saúde.

A dimensão afetiva é o aumento do grau de abertura relacional. Em outras palavras, diz respeito a um aumento do grau de abertura para ser afetado e afetar, que constitui rede de conversações produtoras de territórios existenciais, tanto para os usuários quanto para os

trabalhadores e gestores dos serviços (TEIXEIRA, 2003). O acolhimento dialogado é proposto como uma conversa que pode ser operada por qualquer profissional, em qualquer momento de atendimento, em qualquer dos encontros que funcionem como nós dessa imensa rede de conversações que são os serviços de saúde.

Teixeira (2005a, p. 109) nos indica “que de um ponto de vista micropolítico, tal arte ou técnica de conversa é uma contribuição genuína para o problema contemporâneo da democracia, concebendo-a nas relações cotidianas, como a possibilidade do exercício de uma democracia viva em ato”. As redes de conversações são extensas redes de trabalho afetivo onde a matéria prima é a produção de afetos. O que estamos nomeando como rede de produção de afetos é a construção de redes transversais de conversações, ou seja, produção de redes sociais. A partir da reflexão construída por Ricardo Teixeira (2004), quando trata da questão do acolhimento em saúde, tomo como matéria prima da dimensão afetiva, não o que os trabalhadores fazem para produzir saúde, mas sim o modo como utilizam a arte da conversa para construir os encontros, a troca de afetos, a rede de aliança, a rede social, e a rede de comunicação.

A rede de conversações funciona conectando, aumentando as possibilidades de agenciamento e composição de forças entre usuários, trabalhadores, gestores, supervisores, agentes comunitários de saúde, pesquisadores e diferentes profissionais da saúde (Teixeira, 2005b).

Desvio III: A Dimensão Intensiva na/da Rede de Saúde

A dimensão intensiva é composta por comunicações transversais que se dão entre elementos heterogêneos, produzindo movimentos de diferenciação contínua. Em outras palavras, a diferenciação contínua desses elementos heterogêneos varia de acordo com os elementos que entram em conexão, aliado ao grau de abertura para ser afetado e afetar. Vale dizer, com isso, que a dimensão intensiva é responsável pelos movimentos de transformação e criação de novas realidades.

Sem apressar o passo, quero chamar atenção para o caráter construtivista que a dimensão intensiva inaugura. À medida que, por um lado, instaura novas conexões – produz intensidades e cria afetos – gera sentidos que constroem novos mundos; por outro, faz escapar intensidades e afetos que se desprendem dos encontros dos corpos, arrastando-os para mutações invisíveis e irreversíveis que dissolvem esses mesmos mundos já constituídos. Cabe esclarecer que tanto as intensidades quanto os afetos emergem, portanto, por efeito

interferência que um corpo produz sobre o outro em seus regimes de encontros. Em outras palavras, as intensidades e os afetos são efeitos que emergem nos encontros entre corpos humanos e não humanos (como os objetos técnicos, por exemplo).

A rigor, as intensidades e os afetos não possuem nem forma, nem substância definidas, só podendo ser efetuadas quando se transformam em matéria de expressão fornecida pelo grau de abertura do encontro entre corpos. E, mais que isso, as intensidades e afetos gerados nos encontros precisam criar passagem, ou seja, conseguir expressividade para expandir a força gerada no calor desses encontros.

O encontro entre os corpos gera efeitos de atração e repulsa. São misturas de corpos estéticos, cognitivos, eróticos etc., linhas que operam mutações irreversíveis, constituintes de novas formas de sentir e de agir. São linhas de intensidades e de afetos que conquistaram espaços para se expressarem em um território, compondo, assim, novos mundos. Entretanto, paralelo a esse movimento, vemos, também, mundos que se desmancham quando perdem sentido. São intensidades e afetos que escapam dos encontros com outros corpos, arrastando, pouco a pouco, os territórios constituídos para sua dissolvência, ou seja, sua dissolução, seu desmanche, sua diluição (ROLNIK, 2007).

Interessa ao cartógrafo-supervisor acompanhar as linhas invisíveis e imprevisíveis que favorecem o aumento do grau de abertura comunicacional, gerar movimentos de aquiescência na rede e, conseqüentemente, inaugurar uma posição sujeito que opera por meio de movimentos de diferenciação contínua da rede. Por outro lado, acompanhar linhas duras que comprometem o grau de abertura comunicacional, seguir tendências ao esfriamento da rede que, por conseguinte, legitimam uma posição assujeitada ao paralisar o movimento de diferenciação contínua na/da rede.

Nos encontros de supervisões do CAPS e do Eixo Pavuna/Anchieta, assistimos ao aparecimento de um plano de forças, informe e movente. Um puro plano de forças que insiste nos olhares apreensivos, nos gestos ínfimos e quase imperceptíveis, nas respirações profundas, nos suspiros impensados, nos sussurros incontidos, nos silêncios catatônicos que deixam algo no ar, nas acelerações de movimento, nos gaguejos da língua, nos tremores das vozes, nos sorrisos estridentes, nos choros contidos e naqueles que não são contidos, nos rubores dos rostos assustados e inquietos, nas palpitações que aceleram o coração, no calor da circulação veloz que corre nas veias e artérias, no pulso que pulsa como um instrumento de percussão, nos arrepios que beliscam o corpo, fazendo-o vibrar o tempo todo. Trata-se de partículas intensivas que não possuem formas definidas, ao contrário, se compõem a partir da pura variação da velocidade entre elementos relativamente não formados, moléculas ou

partículas levadas por fluxos. Intensidades e afetos que atravessam os corpos, aumentando ou diminuindo suas correlações de forças, disparando efeitos de atração ou de repulsão, produzindo recorte ao espaço-tempo dos corpos.

Nos encontros de supervisão, experimentamos fluxos de forças que se intensificam na medida em que produzem efeitos de superfície incorpóreos nos corpos. Algo acontece quando isso acontece. E, de repente, tudo muda! A paisagem intensiva imediatamente sofre alteração. Os movimentos e as intensidades entram em regime de variação contínua e regime de diferenciação ininterrupta.

Vamos acompanhando as variações intensivas que ocorrem nesses dispositivos grupais. Ora experimentamos movimentos e efeitos-subjetividade de velocidade e ânsia; ora lentidão e eletricidade; ora de exuberância, viço, brilho, abertura; ora de interrupção e dispersão; ora de cansaço e esmaecimento; ora de desenvoltura, energia; ora de timidez e insegurança; ora vivacidade e aquecimento; ora de apagamento e esfriamento; ora de revolta e turbulência; ora de estabilidade e compasso, ora de homogeneidade e monotonia; ora de convulsão e instabilidade; ora de heterogeneidade e criação.

A dimensão intensiva da rede é constituída a partir de linhas de forças que experimentam uma comunicação transversal a cada momento no plano. Tais intensidades e afetos são geradores de mutações secretas, constelações singulares, constituintes de novos territórios existenciais que podem expandir as linhas de cuidado e a gestão desse mesmo cuidado intra e intergrupos na rede de usuários, de trabalhadores e rede de serviços.

O investimento na produção da dimensão intensiva da rede de saúde tem nos lançado em uma operação clínico-política que é de afirmar o processo de supervisão clínico-institucional tanto do CAPS quanto do Eixo como dispositivos ativadores e amplificadores de uma **comunicação transversal** na rede de saúde mental do Eixo Pavuna/Anchieta. Esse é o desafio que tem nos movido a por em análise as linhas de forças (duras, flexíveis e de fuga) que compõem o dispositivo de supervisão do CAPS Linda Batista e o dispositivo de supervisão do Eixo Pavuna/Anchieta. Acessar a dimensão intensiva da rede de saúde não tem sido uma tarefa simples; ao contrário, requer um manejo clínico-político, metodológico e cartográfico delicado, que se dá a partir da criação de uma **rede transversal** de abertura a dimensão intensiva de forças.

Estamos pensando essa rede transversal de abertura ao plano de forças a partir de uma dupla função que se efetua, a um só tempo, na dimensão de pesquisa e de intervenção (PASSOS; BARROS, 2009a). Por um lado, a pesquisa, enquanto produção de conhecimento, não se restringe à descrição e classificação dos objetos no mundo, mas visa acessar a

dimensão intensiva de forças para alterar os modos de agenciar, de conectar. Por outro lado, a intervenção cria abertura ao plano movente das forças, forçando-nos a participar e interferir nos processos de produção de saúde e de subjetividade, não só no CAPS Linda Batista, mas, sobretudo, nas práticas de cuidado e de gestão desse mesmo cuidado dos equipamentos que compõem o Eixo Pavuna/Anchieta.

Durante os encontros de supervisão, realizados no CAPS Linda Batista e no Eixo Pavuna/Anchieta, entramos em contato com formas de agenciar endurecidas, burocráticas, verticalizadas, fechadas. Formas sintomáticas que impediam os profissionais de intervirem coletivamente sobre as realidades complexas da rede de saúde daquele território. Víamos surgir linhas duras que performatizavam modos de atenção fragmentados, modos de gestão verticalizados, programas de saúde e intersetoriais que funcionavam de forma precária e fragmentada. Deparávamo-nos com usuários, profissionais e gestores que entravam em contato a partir de relações de oposição, de confronto, de desconfiança, de reatividade, de antagonismo. Usuários que sequer pensavam na possibilidade de participarem da discussão/construção da própria rede de saúde a qual estavam inseridos.

Com algumas ressalvas e o cuidado que a clínica nos convoca, podemos dizer que, em alguns momentos, não havia corresponsabilização coletiva sobre os processos de cuidado e de gestão do cuidado entre os gestores, trabalhadores e usuários daquele território. Não restam dúvidas de que a supervisão começava a operar sobre uma rede de saúde que se constituía a partir de relações fragmentadas entre aqueles que exerciam cargos de gestão no nível central, aqueles assumiam a direção dos serviços, aqueles que produziam o cuidado e aqueles que usufruíam desse mesmo cuidado.

No momento em que iniciei o processo de supervisão, os dispositivos coletivos - supervisão do CAPS e Supervisão do Eixo - viviam movimentos de baixa conectividade, expressando quase nenhuma porosidade. Logo, entramos em contato com uma configuração de forças que produzia efeitos-subjetividade de esfriamento, de desânimo, de anestesia, de endurecimento, de paralisia, de fechamento na comunicação que a tornava meramente burocrática, indicando uma posição assujeitada dos profissionais e gestores na rede de saúde do território.

O contato com tais efeitos causava-nos inquietação. Interrogávamos: o que acontecera com a potência crítica daqueles dispositivos? Tínhamos uma forte impressão de que aqueles espaços coletivos existiam desde que fossem impossibilitados de disparar efeitos de heterogênesse. Percebíamos que sua potência crítica encontrava-se impedida de gerar outras formas de conectividade. Afinal de contas, como poderíamos aceitar que aqueles dispositivos

funcionassem enquanto espaços esvaziados de discussões de casos clínicos, construção de projetos terapêuticos, de transversalização dos saberes e a interação entre eles, discussão sobre os processos de cuidado e de gestão do cuidado, invenção de estratégias e construção de pactuações coletivas articuladas, não só com equipamentos de saúde, mas, sobretudo, com programas intersetoriais do eixo Pavuna/Anchieta?

Frente a esse movimento de esfriamento da rede de saúde, tínhamos o desafio de nos mexer, de provocar, de disparar deslocamentos, de produzir movimento, de ativar a força crítica para não sermos pegos pela onda de esfriamento que se dirigia como um tsunami em direção ao território. Sentíamos-nos convocados a acessar a dimensão intensiva de forças para ativá-la. Em uma situação concreta, surgiu a notícia de que o CAPS II Linda Batista seria imediatamente transformado em CAPS III sem que antes houvesse uma discussão coletiva dessa transformação, não com só com os trabalhadores e gestores do território, mas, principalmente, com os trabalhadores do CAPS Linda Batista, que seriam os primeiros a sentirem os efeitos de uma mudança dessa complexidade. Não se levou em consideração, por exemplo, a alteração do modelo de cuidado e gestão do cuidado que a implantação de um CAPS III exige. A situação foi conduzida como se tratasse apenas de uma mudança espacial, ou seja, uma mudança apenas para um espaço mais amplo. Chamamos atenção às rupturas de tempo e de ritmo geradoras de mudanças de natureza na clínica. Uma mudança de CAPS II para CAPS III envolve transformações nos processos de trabalhos que devem ser construídos e geridos coletivamente entre gestores, trabalhadores e usuários.

Levar a diante o desafio de por os dispositivos de supervisão a funcionar, nos convocou à intercessão da análise institucional para fazer aparecer posições subjetivas que coexistiam no grupo. Tais posições dizem respeito a movimentos de diferenciação contínua que foram sofrendo alterações durante a pesquisa-intervenção. Trata-se de correlações de posições subjetivas díspares, nomeadas por Guattari como **grupos sujeitos e grupos sujeitados** (GUATTARI; ROLNIK, 2004).

Como dissemos anteriormente, os grupos sujeitos se caracterizam por sua capacidade de aumentar o grau de abertura transversal. A abertura se dá porque o grupo enquanto sujeito de sua ação rompe o padrão organizacional tradicional que verticaliza e hierarquiza a comunicação nas instituições. Dessa maneira, tornam-se agentes ativos de transformação e de uma conectividade que não para de ser desfeita, feita e refeita ao intensificar as alianças múltiplas entre relações, entre os contágios, entre as atrações, entre os encontros, entre os processos de diferenciação que ativam a dimensão intensiva de forças, forçando um movimento de aquiescência da rede.

Já os grupos sujeitados se caracterizam pela impossibilidade de expandir o grau de abertura transversal entre o mesmo grupo, quiçá entre grupos diferentes. Os nós concentracionários de poder que se expandem nestes grupos impedem posições subjetivas singulares de funcionarem transversalmente, mas, sobretudo, inibem as condições de uma verdadeira enunciação coletiva. Ao recobrir-se com as vestes fantasmáticas de uma posição assujeitada, os grupos expressam baixos graus de transversalidade, tornando-se incapazes de questionar os efeitos da concentração hierárquica e vertical do poder que lhes assegura uma posição assujeitada no grupo, gerando um movimento de esfriamento da rede. Dessa maneira, os grupos sob a captura de uma posição assujeitada tornam-se agentes de enunciados estereotipados, palavras de ordem, assumindo, com isso, pontos de vistas cristalizados, proprietários e sintomáticos.

De volta à análise da situação concreta que envolve a transformação do CAPS II Linda Batista em CAPS III. O que tínhamos já está acontecendo. O CAPS Linda Batista, em breve, será CAPS III. Não foi possível para a supervisão fomentar uma discussão com os trabalhadores sobre os efeitos-subjetividade que essa transformação gera na clínica a ser operada pelo serviço. A mudança está sendo imposta verticalmente sem que ocorra uma transformação não só com o modelo de clínica, mas, sobretudo, com processos de trabalho realizados pelo CAPS. Os trabalhadores assistem apáticos e passivos a todo esse movimento, assumindo uma posição assujeitada nessa rede de saúde mental.

Tendo em vista a distinção mínima entre os grupos sujeitos e sujeitados, gostaríamos de ressaltar, mais uma vez, que não se tratam de dois tipos de grupos específicos ou blocos estanques e dicotômicos, mas de duas posições político-subjetivas que diferem, coexistindo como correlações de forças simultâneas nos dispositivos grupais e nas instituições. Isto acontece porque um grupo sujeito sempre pode correr o risco de se deixar sujeitar, numa posição de poder em que se deseja, a todo custo, se manter ou se eternizar enquanto sujeito.

Deleuze (2004) adverte-nos, lembrando que um partido outrora revolucionário pode hoje ser mais ou menos sujeitado à ordem dominante, tornando-se o porta-voz de um discurso que não é o seu, pronto a traí-lo tão logo o movimento da correlação de forças implicarem uma transformação. Esse exemplo nos leva a afirmar tais posições grupais menos enquanto posições subjetivas grupais estáticas e mais enquanto correlações de forças que precisam ser postas em análise a todo instante nos movimentos dos grupos e das instituições e da própria rede de saúde mental (DELEUZE, 2004).

Inspirada pelos acordes intensivos disparados por Foucault (1979) e Deleuze e Guattari (1976, 1995, 1996, 1997a, 1997b), encarnamos o processo de supervisão como um

dispositivo coletivo gerador de uma **rede transversal** no Eixo Pavuna/Anchieta. No entanto, fazer operar tal rede como afirmamos anteriormente, não é um tarefa fácil, mas um exercício agonístico que nos implica em múltiplos movimentos de construção: de uma lateralidade entre os profissionais, de maior abertura comunicacional entre os equipamentos sociais que compõem a rede de atenção à saúde, (coletivos ou arranjos de trabalhadores, equipes transdisciplinares, mobilização de usuários, estratégias intersetoriais etc.), mas, sobretudo, porque exige maior capacidade de manejo clínico-político com a dimensão intensiva de forças em contínuo movimento, contínua tensão e contínua diferenciação.

Significa compor manejos possíveis diante de um plano heterogêneo, constituído por múltiplos interesses, projetos, valores, compromissos de gestão e modos de experimentar a produção do cuidado postos lado a lado não enquanto linhas que se opõe, mas enquanto fluxos de forças: semióticos, materiais, sociais que, ao se interferirem, estabelecem relações que possibilitam operar sobre realidades concretas, difíceis e sempre complexas no âmbito da rede de saúde mental pública do município do Rio de Janeiro (PASCHE; PASSOS, 2010).

Nesta perspectiva, a supervisão põe em análise, não só os pontos de vista proprietários encarnados pelos coletivos que compõem a supervisão do CAPS e do Eixo, mas, sobretudo, os territórios existenciais cristalizados a eles relacionados. Esse é um desafio que requer experimentar o dispositivo da supervisão a partir da dissolvência do ponto de vista do observador/pesquisador (PASSOS; DO EIRADO, 2009) para fazer emergir uma **função transversalizante** articuladora de redes: na saúde mental, na saúde coletiva e na rede intersetorial.

Dessa maneira, a supervisão é um dispositivo articulador que não se prende às identidades, regidas pela mestria de um supervisor, mas faz operar uma rede transversal que emerge a partir da abertura da dimensão intensiva de forças ativadora e amplificadora de conectividade, de encontros, de contágios, de atrações, de alianças, de composição de forças e de efeitos de coletivos na rede de saúde do Eixo Pavuna/Anchieta. Trata-se de um dispositivo clínico-institucional que não se adere às formas instituídas da atenção e da gestão, isto é, não se identifica nem com os trabalhadores nem com os gestores, nem com os usuários, na realidade é um dispositivo que coloca em questão as identidades. Dispositivo que é articulador de redes (rede de trabalhadores ou equipe, rede de gestores, rede de usuários e rede de serviços).

Desvio IV: A Dimensão Pública da Política da Rede de Saúde

Definimos a dimensão pública da política como aquela construída a partir da experiência concreta dos coletivos. Isso implica dizer que a dimensão pública da política pertence a um plano diferente daquele constituído pelo Estado representativo moderno, cuja função é mediar e regular toda experiência no/do *socius*. O exercício de regulamentação do *socius* assegura ao Estado-nação a função de disciplinar, constituir e reger as relações entre os sujeitos formalmente livres (BARROS; PASSOS, 2005a).

A arte e ciência de governar o estado é apenas um dos modos de expressão da política. No entanto, se ampliarmos o sentido de política, não o restringindo mais ao domínio específico das práticas mediadas pelo estado, mas colocando-o no plano das relações que são tecidas, articulações locais, vê-se que a dimensão pública da política não só ganha outro sentido, mas, sobretudo, se afirma a partir de outra aposta, que implica outra direção, outra produção de sentido.

Queremos dizer, com isso, que o sentido de público não está diretamente vinculado ao estado, mas indica a dimensão pública da política que passa a ser engendrada a partir do plano coletivo de forças que atravessa o estado. Em outras palavras, a dimensão pública da política que queremos trabalhar aqui diz respeito à arte da atividade humana que, ligada ao poder, põe os sujeitos em relação, articulando-os, fazendo-os constituir mundos e ao mesmo tempo constituindo um tecido existencial para eles (PASSOS; BARROS, 2009b).

As intervenções desenvolvidas por Barros e Passos (2005a), quando estiveram implicados com a construção da Política Nacional de Humanização da atenção e da gestão na saúde (PNH), entre 2003 e 2004, indicam que alterações da experiência coletiva podem gerar a dimensão pública da política, apesar da máquina do Estado interiorizar o movimento das forças que emanam do coletivo. No entanto, tais autores advertem que operar na dimensão pública, ou seja, no conjunto de relações que constituem o Sistema Único de Saúde (SUS), implica realizar mudanças nas práticas concretas de saúde.

A aposta é a de que tais mudanças só se efetivam se forem encarnadas nas experiências dos usuários, trabalhadores e gestores que se transformam em consonância com a alteração das práticas de atenção e de gestão. Significa dizer que qualquer mudança nos processos de produção de saúde requer também uma transformação nos processos de subjetivação. Isso torna a produção de saúde inseparável da produção de subjetividade que

sofre, também, transformação na invenção de novos modos de cuidar e de gerir os processos de trabalho na saúde (BARROS; PASSOS, 2005a).

Ora, mas se tais processos são imbricados, inseparáveis e complementares, não há como produzir mudanças nos modos de subjetivar sem que haja uma alteração nas formas dos usuários, trabalhadores e gestores se por em relação. É nesse sentido que Benevides e Passos, (2005a) propõem como direção desta dimensão pública a inseparabilidade entre atenção, gestão e transversalidade. A aposta política colocada a funcionar é transformar os modos de atender a população num serviço de saúde, alterando também a organização dos processos de trabalho, a dinâmica de interação da equipe, os mecanismos de planejamento, de decisão, de avaliação e de participação. Concordamos com tais autores que as transformações dos processos de saúde e dos modos de subjetivar exigem dispositivos que alterem as formas dos usuários, trabalhadores e gestores se por em relação, construindo experiências de responsabilização, de cogestão e de grupalização.

Foi a partir da aliança com a Política Nacional de humanização do SUS que o cartógrafo-supervisor apostou na criação da dimensão pública da rede de saúde a partir dos dispositivos: supervisão do CAPS e supervisão do Eixo. O desafio foi construir dispositivos que possibilitassem transformações às práticas de atenção e de gestão, investindo na criação de transversalidade e construção de grupalidade na rede de saúde.

É a partir desta perspectiva que Barros e Passos (2005b, p. 323) afirmam que “é no concreto da experiência da saúde pública que podemos encontrar a dimensão pública, coletiva, do processo de produção de sujeitos autônomos e protagonistas na produção de sua saúde”. Ora, mas habitar o concreto de cada experiência é não apenas acessar sua dimensão coletiva, mas, sobretudo, manejar com a complexidade de desejos, posições, valores, forças que compõem a dimensão pública enquanto dimensão coletiva.

Desvio V: A Dimensão Criativa da Rede de Saúde

Pensar a dimensão criativa da rede de saúde é afirmá-la a partir de seu caráter criacionista de produção de subjetividade que se torna inseparável da própria produção de saúde.⁵ Compreender a subjetividade como um processo de produção é apostar na criação de caráter múltiplo que não se totaliza em componentes de subjetivação, tanto de ordem extraindividual (sistemas maquinais, econômicos, sociais, tecnológicos, ecológicos etc.),

⁵ Conceito trabalhado por Dário Frederico Pasche; Eduardo Passos; Élica Azevedo Henington: Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 11, p. 3689-3696, 2011.

quanto de ordem infrapessoal (sistemas perceptivos, de sensibilidade, de afeto, de desejo, de inibição, orgânicos etc.). É a interação entre esses vetores que dará ao aos processos de subjetivação seu regime de funcionamento, sua configuração de forças (BARROS, 2007).

Quando afirmamos a subjetividade a partir de seu aspecto múltiplo, queremos chamar atenção para sua dimensão processual, ou, por que não dizer, criacionista. Dimensão esta que não é território exclusivo de nenhum vetor específico, mas de intensidades e afetos que estão em jogo na comunicação transversal de forças. Vale dizer que as intensidades e os afetos estão por todos os lados, buscando expressão. O que o cartógrafo-supervisor quer é mergulhar nesse mar de intensidades e de afetos para criar canais, correntes de passagem, fazendo-os emergir, construindo vetores de subjetivação. Nesta perspectiva, a dimensão múltipla processual da subjetividade atravessa os conjuntos sociais, podendo ser apropriada tanto pelos indivíduos quanto pelos grupos, desde que estes consigam destituir-se de lugares naturalizados, cristalizados e substancializados que se encontram.

A aposta na dimensão criativa da rede de saúde nos forçou a operar a supervisão, tanto do CAPS Linda quanto do Eixo, como dispositivo articulador de redes de gestores, de trabalhadores, de usuários, de serviços, de afetos, de intensidades, de coletivos etc. A supervisão, quando assume sua face de dispositivo-rede, produz tensão, mexe, aciona processos, catalisa reação, ativa forças, desloca-as de um lado para o outro, desfaz códigos instituídos, compõe múltiplas conexões para gerar outras. Em outras palavras, põe em funcionamento vetores heterogêneos que geram determinados efeitos.

A dimensão criativa se constitui a partir de uma perspectiva ético-estético-política. A via ética está ligada à abertura à experimentação. Não cabe ao cartógrafo-supervisor julgar os valores morais dos mundos que se cria, mas acompanhar, cuidadosamente, o quanto de vida consegue passagem e expressão nesses mundos que se põe em processo de expansão. Aqui, a ética não se orienta por valores morais, mas sim por uma atitude “*ethos*” de acolhimento aos movimentos de criação da vida. A ética que nos toca enquanto cartógrafo-supervisor é sustentar as redes de vida que se põe em movimento de criação e expansão.

É a partir da via ética que procuramos alterar os processos hegemônicos de subjetivação em curso. A ética, aqui, consiste numa abertura a amplas ressonâncias que advêm de diversos sentidos e múltiplas direções, sem que nenhum estrato adquira privilégio, mas cada um deles ressoe um no outro, emitindo ondas, contágios, propagações, alianças que provocam o desmanchamento dos modos de subjetivação instituídos enquanto territórios cristalizados.

O caráter criativo da rede emerge quando “estabelecem-se conexões não apenas entre pessoas diferentes, como também entre modos de existencialização diferentes. Isto cria um vasto campo de confrontos, de interrogações, que se propagam criando fossos onde estava cimentado, fissurando o que estava congelado” (BARROS, 2007, p. 310). Tais conexões não obedecem a uma ordem predeterminada, ao contrário, se compõem a partir de linhas de força que se interferem umas nas outras sem com isso formar um todo homogêneo. Significa dizer que a abertura a múltiplas conexões pode acionar movimentos de criação não só porque cria acesso a outras experiências, mas, sobretudo, porque põe em intercessão modos de experimentar diferentes.

O sentido ético que Regina Benevides nos lança é de que “experimentar ouvir o outro [...] irradia uma experimentação de ouvir outros modos de existencialização, outros contextos de produção de subjetividade [...] Impõe, além disso, um deslocamento de espaço de vivência das angústias fundamentalmente experimentadas como individuais” (BARROS, 2007, p. 318).

A via estética da rede diz respeito à intercessão como uma força disruptiva que age produzindo efeitos de criação. A intercessão incide no confronto com outras matérias de expressão, disparando a “constituição de complexos de subjetivação: indivíduo-máquina-trocas-múltiplas, que oferecem à pessoa possibilidades diversificadas de recompor uma corporeidade existencial, de sair de seus impasses repetitivos e, de alguma forma, de se ressingularizar” (GUATTARI, 1998, p. 17).

A intervenção pragmática interfere na construção da subjetividade, criando abertura à produção de campos de virtualidades, que não se dirigem apenas para uma hermenêutica simbólica da infância. Cabe ressaltar que o tempo da supervisão, neste caso, é vivido, ativamente, por meio das mutações qualitativas. O objeto supervisão não é interpretação transferencial de sintomas em função de um conteúdo preexistente, mas a abertura à produção de novos campos de virtualidades capazes de expandir a existência. Nessas condições, a função estética do cartógrafo-supervisor não é “de transmitir mensagens, de investir imagens como suporte de identificação [...] mas de catalisar operadores existenciais suscetíveis de adquirir consistência e persistência” (GUATTARI, 1998, p. 31). A via estética da dimensão criativa, neste caso, está implicada composição, recomposição ativa e processual de novas maneiras de subjetivar.

O aspecto político da dimensão criativa consiste em disparar processos de desindividualização de identidades. Isso acontece quando o dispositivo-supervisão opera a desconstrução de linhas concebidas como verdades universais, naturais e inabaláveis,

acionando a interferência de outras forças. Isso acontece quando os enunciados não são remetidos aos sujeitos individuais, mas aos coletivos de forças que traçam linhas de desejo que não se esgotam nas vivências individualizadas, mas disparam desconstruções dos territórios endurecidos da subjetividade (BARROS, 2007).

Diz-nos Regina Benevides que “entrar em contato com as multiplicidades que flutuam, não almejando equilíbrios, mas a invenção de bifurcações de um tempo que é maquínico – tempo das intensidades – eis a via política de nosso paradigma...” (BARROS, 2007, p. 325).

Quarta Cartografia Intensiva: os dispositivos

Trajetos 13: A supervisão do CAPS Linda Batista

São nove e trinta da manhã. Hoje é terça-feira. Sigo para mais um dia de supervisão no CAPS Linda Batista. Quando atravesso o portão do CAPS, entro em contato com um silêncio que assusta. Afinal de contas, o que acontecera? Onde estavam todos? Já era hora de encontrar o cheiro do café que saltava da cozinha, a aceleração dos corpos com mil e uma urgências a resolver, o burburinho que agitava freneticamente a sala de convivência onde as supervisões acontecem. Naquele dia, para minha surpresa, não havia café, nem aceleração, muito menos burburinhos e agitações. Parecia que todos aguardavam a minha chegada silenciosamente. Ao entrar na sala, percebi que a porta da rua, a mesa, as cadeiras, o corrimão da escada, o bebedouro, a porta de vidro que dá acesso à piscina, estavam completamente depredados. Ao dirigir o olhar para a roda de profissionais, encontrei uma tristeza performatizada nas expressões daqueles rostos, indicando que o corpo da equipe também se encontrava quebrado. Todos pediam a palavra na tentativa de dar passagem à agressividade ainda acesa no calor do corpo. Era necessário acolher as linhas violentas vividas no dia anterior. Alguns diziam que não aguentavam mais aquela rotina... Desejavam sair o mais rápido possível do CAPS... Sentiam que estavam adoecendo... Outros repetiam, exaustivamente, que, diante do que aconteceu, só foi possível sair correndo... Havia um misto de tristeza, agressividade e apreensão no ar. Enquanto isso, o diretor do CAPS tentava iniciar a narrativa de uma epopeia fracassada e solitária.

No dia anterior, o usuário a quem chamarei aqui de Bruno entrou em crise após ter iniciado uma forte discussão com seu pai, que tentava retirá-lo do CAPS à base de palavrões, socos e ponta pés, destratando de forma gravíssima o diretor do CAPS que tentava intervir na situação. Tal fato tomou dimensões tão intensas que a vizinhança, assustada, resolveu chamar a polícia que conteve Bruno e seu pai, conduzindo-os até a emergência psiquiátrica do Pam Rodolfo Rocco. E, de lá, foi imediatamente levado para a internação no Instituto Nise da Silveira.

Era necessário intervir naquela situação para que ambos não se matassem ali, a olhos vistos, diziam eles, ainda bastante assustados. No entanto, quem poderia acolher aquela situação inesperada se alguns corriam para a sala da direção, enquanto maior parte da equipe corria desesperada para a rua? Chamava atenção como aqueles profissionais lidavam com a experiência de crise no serviço. O que saltava à primeira vista era o receio generalizado diante

da presença de Bruno que, além de ser um rapaz fisicamente grande, tem sinais de retardo, psicose e dá provas legítimas de sua periculosidade. O momento pedia a intervenção não apenas de um profissional, mas de uma equipe. Tentei acalmá-los criando um clima de acolhimento ao que estava sendo dito pelo grupo. Intuí que era necessário criar um clima de expressividade às intensidades e afetos que pediam corpo e língua, a todo custo, naquele momento.

Bruno é um rapaz de vinte e oito anos, que foi criado até os 15 anos pela avó materna. Mantinha pouco contato com a mãe, “baixinha que podia ser o que for, mas que amava”, disse Bruno, se referindo a uma conversa com o irmão materno, sobre o uso de drogas pela mãe. A aventura de Bruno conosco começa nesse episódio intenso de agressão entre ele e o pai, que, para nossa surpresa, acontece repetidas vezes.

Foi recebido pela primeira vez no Caps Linda Batista no dia vinte e três de março de 2009, para avaliação e consequente tratamento no serviço. Nessa ocasião, estava acompanhado por seu pai, a quem chamarei de William que, após o falecimento de sua mãe, assumiu sua curatela e Bruno foi morar com o pai. Além do seu pai, o familiar mais próximo é um irmão por parte de mãe, que o assiste sempre que possível. No entanto, William proíbe o contato de Bruno com o irmão. Isso tem sido muito prejudicial ao usuário, pois ele tem uma boa relação com o irmão, a quem respeita bastante. A mãe de Bruno morreu de infarto há dois anos. Permaneceu casada com William por pouco tempo e optou pela separação após apaixonar-se por uma amiga. Esse fato nunca foi compreendido por este homem que nutre intensa paixão e ódio por ela. Há indícios de que deposita em Bruno o ódio fabricado por essa relação. Depois da morte da mãe de Bruno, deixou de existir o último obstáculo para que o pai se tornasse o curador de Bruno, comprometendo seriamente seu tratamento.

Bruno apresenta sinais de retardo mental associados a sintomas psicóticos graves, aliados também a crises convulsivas que, no momento, estão sendo avaliadas pelas equipes da rede de saúde que o acompanham. Tal diagnóstico foi dificultado pela presença inconstante do usuário no serviço e pela oposição que o pai faz ao seu tratamento. O usuário experimenta movimentos de extrema impulsividade e intolerância a frustrações. Seu excesso de agressividade expõe a si próprio e as pessoas que estão a sua volta a situações de risco. Em momentos de crise, arremessa compulsivamente a cabeça na parede e agride quem se aproxima dele. Quando é contrariado, estilhaça vestes, travesseiros, colchões, móveis, portas, vidraças, enfim, destrói o que encontra pela frente, expressando uma fúria ativa e incontida.

Há fortes indicações, na rede de saúde mental, de que Bruno, num de seus episódios de crise, já tenha levado a óbito um dos internos do Hospital Colônia.

Desde sua inserção no CAPS, Bruno comparecia de maneira descontínua. Até o presente momento, não havia regularidade no acompanhamento de seu cuidado. Normalmente, suas idas ao CAPS se davam em momentos de grande sofrimento psíquico, causado por longos períodos sem ingerir a medicação prescrita e em situações de crise que se davam, frequentemente, após lutas violentas com o pai. Nesses momentos em que sua agressividade dava sinais intensos de sua presença, a única estratégia clínica utilizada pelo CAPS era encaminhá-lo, instantaneamente, à emergência psiquiátrica do Pam Rodolfo Rocco que, imediatamente, o conduzia para internação no Instituto Nise da Silveira. Lá, permanecia, no máximo, por dois dias. Logo era retirado pelo pai, recomeçava a violência entre William e Bruno, fazendo com que Bruno voltasse para a rua. Procurava o CAPS nos momentos de intenso conflito com pai, depredando todo serviço. Pedia, insistentemente, para ser re-internado, repetindo, com isso, o mesmo circuito indiscriminadamente. Convém ressaltar que este circuito se repete há mais de oito anos. A justificativa dada pelos trabalhadores da rede para encaminhar o Bruno, nos primeiros sinais de crise, do CAPS ao Pam Rodolfo Rocco e do Pam à internação no Nise da Silveira era um funcionamento instituído de que, em caso de crise, o usuário deveria ser encaminhado, imediatamente, ao hospital psiquiátrico. Esperava-se que alguns dias de prescrição medicamentosa no hospital fossem suficientes para estabilizar seu quadro clínico. Acreditava-se que a crise tinha um endereço certo para emergir. Era tributária do hospital psiquiátrico. Ele deveria recebê-la e aplacá-la, extinguindo-a até não haver mais ruídos nem sinais mórbidos de sua presença. Nesse momento, ainda não era possível a rede de trabalhadores perceberem que aquele circuito interminável das crises do Bruno colocava também em análise a fragmentação do cuidado tanto no CAPS quanto na própria rede de saúde mental. Neste caso, podemos dizer que a produção de subjetividade torna-se inseparável da produção de saúde. Em outras palavras, o funcionamento esquizofrênico do Bruno era também efeito de um processo de produção do qual os equipamentos de saúde atuavam como coprodutores.

No entanto, a tão sonhada e idealizada estabilização do usuário nunca acontecera. Seu pai, em pleno gozo dos poderes de curador, imediatamente o retirava sob alta a termo,⁶ sendo prontamente atendido pelos hospitais que o acolhiam; os próprios hospitais, após, no máximo, dois dias de internação, concediam alta alegando que a internação agudizava seu quadro

⁶ Essa é uma expressão utilizada para justificar a alta concedida ao usuário a pedido do familiar. Quando este retira o usuário do hospital assumindo total responsabilidade pela integridade física e mental do paciente.

clínico, deixando-o muito agitado e agressivo; ou justificava-se apenas que usuário evadia dos hospitais e das emergências psiquiátricas sem que ninguém o visse.

Em momentos de maior conflito com o pai, Bruno sai de casa, passa dias e dias perambulando pela rua. Ele próprio relata que nesses momentos frequenta boates gays, faz uso de vários tipos de drogas - cocaína, crack, maconha, bebidas alcoólicas, êxtase, cola de sapateiro, energéticos etc. - tudo isso misturado a antipsicóticos, antiepiléticos, ansiolíticos e o “Viagra”. Realiza alguns serviços para o tráfico de drogas, percorrendo longos trajetos e sendo preenchido por intensos afetos em linhas errantes pela cidade. Após vários dias, retorna ao CAPS com grossos cordões e pulseiras de ouro maciço aos quais afirma ter recebido como “presente da chefia pelos serviços realizados”. Sabemos que o trajeto se confunde não só com a subjetividade dos que percorrem um meio, mas com a subjetividade do próprio meio, uma vez que este se reflete naqueles que o percorrem.

Muitas vezes, encontra-se “doidão” e em crise, vagando pela rua. É socorrido em hospitais muito distantes de onde mora, mobilizando, assim, diferentes serviços da rede de saúde em geral e de saúde mental. Na discussão do caso com a enfermagem de curta internação do Instituto Nise da Silveira, afirmou-se que Bruno, quando está internado, não tem crise convulsiva, não costuma ficar agitado, aceita bem o medicamento, melhora tão rápido das alucinações a ponto de abordar sexualmente algumas internas no pátio do Instituto. É claro que, diante de tamanha eficácia e resolutividade, só lhes restavam prescrever-lhe, sem delongas, a alta clínica, sendo imediatamente lançado à rua por linhas que desenhavam: aventuras, armadilhas, riscos, perigos, precipícios, abismos, clausuras, aberturas, buracos negros em tracejados intensos pela cidadela cantada como uma “maravilha mutante”, a “cidade sangue quente”... “maravilha mutante”... “da pior e da melhor rede do Brasil”...

Bruno peregrina, desde sua infância, pelos serviços de saúde mental do município: CAPSI Pequeno Hans, Policlínica Amaral Peixoto, PAM Rodolfo Rocco, Nise, EAT, Pinel, CPRJ, IPUB, Hospital Colônia e, atualmente, o CAPS Linda Batista, tendo sucessivas internações e saídas abruptas sem construir qualquer tipo de regularidade em seu processo de cuidado. Em cada um desses serviços, Bruno foi diagnosticado de maneira diferente, recebendo altas doses de antipsicóticos, antiepiléticos e ansiolíticos.

É quase uma regra no cuidado a pacientes psiquiátricos a ocorrência de casos que recusam o tratamento médico, em detrimento de familiares que insistem em forçá-los. Nesse caso a relação se inverte: o paciente “quer” se tratar e é o pai que não aceita o tratamento, retira-o das internações, jogando fora as medicações, impedindo-o de chegar ao CAPS e a outros serviços da rede. Parece ser a “exceção que confirma a regra”. Segundo relatos de seu

pai, Bruno não possui doença mental, se interna no Nise apenas para “pegar” as pacientes da enfermaria mista. Diz que sua doença é “safadeza”, simplesmente melhorada com "pancada". O fato é que Bruno já tentou vários suicídios, chegando a ingerir, durante uma de suas últimas internações, 60 comprimidos de Prometazina de uma só vez. Tenho a sensação de que se esse usuário não for socorrido a tempo, de tanto tentar se matar, uma hora vai acabar conseguindo. Ou, então, se tornará um hóspede vitalício do manicômio judiciário. Trata-se de uma tragédia que está sendo anunciada há algum tempo.

É improvável que suas crises aconteçam para que haja, imediatamente, um acolhimento por meio da internação. Isso era o que preenchia o imaginário doentio de seu pai e que acabou contaminando a percepção de alguns trabalhadores da rede de saúde mental nessa direção. O que víamos acontecer é que ficava cada vez mais difícil sustentar um apoio em rede que o mantivesse fora da internação por mais de dois dias. Não podíamos deixar de considerar que o processo de subjetivação do Bruno fora nesse circuito que inclui o hospital. Nele, fez seus amigos, as namoradas, os parceiros sexuais. É lá que obtêm a comida, a medicação, as oficinas do EAT, o pátio de diversões, “a Rave” no turno etc. Lá, construiu, a duras penas, um território existencial que, por mais árido que seja, ainda consegue, ao menos, em alguns momentos, transitar sem ser tão duramente invadido pelo pai, pelas drogas, pelo tráfico e pelas delícias e prazeres do “mundo capital”. Ora, mas não nos esqueçamos de que, lá, também, “o monstro”, apelido carinhoso dedicado a ele pelos serviços que o acolhem, é apaziguado, é posto para dormir, mesmo quando insiste em ficar acordado, pondo-o a leitar tranquilamente pelos jardins suspensos do Instituto, sem agredir ninguém. Por isso, devemos ser prudentes e cautelosos na narrativa das linhas que compõem essa atmosfera afetiva. Pode ser perigoso reduzir suas crises ao desejo de acolhimento generoso dos Institutos.

Durante a discussão com a equipe do CAPS sobre o caso foram surgindo linhas que chamavam atenção: aqui, o Bruno também era visto como um “monstro” que aterrorizava a maioria dos profissionais. Todos tinham uma experiência arriscada a narrar sobre ele. Sem dificuldade, pode-se dizer que este caso mobilizava a imagética do abismo na equipe, visto que foram dedicadas a ele muitas supervisões. Como já dissemos anteriormente, era enorme sua itinerância pelos serviços de saúde mental do município. Parecia ser acolhido por todos e ao mesmo tempo por ninguém. Apesar de ser atendido durante anos a fio pela rede de saúde mental, nada conhecíamos sobre seus impasses, suas aberturas, suas clausuras e seus limiares. Nada sabíamos, por exemplo, sobre o processo de seu adoecimento. Ignorávamos se suas crises possuíam componentes psicóticos, epilépticos, se eram desencadeadas por uso eventual ou uso contínuo de drogas, ou por simulação para ser internado, ou pelas desestabilizações

produzidas na relação com seu pai, ou, por não aceitar os limites e acordos pré-estabelecidos pela equipe de referência no CAPS. Ou, se essas linhas convergiam simultaneamente, produzindo determinados efeitos-subjetividades.

Tinha a sensação de que o trabalho clínico com o Bruno se fragmentava a tal ponto que retirava do CAPS a capacidade de produzir efeitos de diferenciação e de transversalidade no caso e na própria rede de saúde mental. Trata-se de um caso que, na sua agudez e complexidade, revela-se como um potente analisador do baixo grau de transversalidade presente na equipe do CAPS e na rede de saúde mental do Eixo Pavuna/Anchieta que, nesse momento, demonstrava sinais de paralisia, de esfriamento, marcando uma posição assujeitada dos profissionais frente às linhas de crise, de loucura, de agressividade, de covardia, de indiferença, de violência, de impotência, de fragmentação, de acusações, de culpabilização, de terror, de cinismo e de fascismo que o caso colocava em funcionamento. A impossibilidade de aumentar o grau de transversalidade sobre o caso conferia uma posição assujeitada aos profissionais do CAPS. As linhas duras e sintomáticas que compõem o caso revelavam o baixo grau de abertura transversal da rede de saúde mental do eixo Pavuna/Anchieta, configurando-a como “um caso” a ser ela também posta em análise.

Em outras palavras, as linhas erráticas experimentadas por Bruno denunciavam, a um só tempo, a fragmentação do cuidado, o baixo grau de abertura transversal entre os equipamentos de saúde envolvidos no caso, a posição assujeitada dos profissionais e, conseqüentemente, o movimento de esfriamento da rede de saúde mental. Em uma dupla dimensão, podemos pensar Bruno como “o caso” da rede e o funcionamento da rede de saúde mental como “um caso” a ser posto em análise.

Descrevo as linhas duras que compõem a dimensão do “caso” e da rede “como um caso” não para fazer um julgamento moral, mas para arguir esse sistema de referência, detectando nos tracejados sintomáticos novos indicadores de referência suscetíveis de adquirir consistência para revirar uma situação.

Afinados com essa aposta, marcamos uma discussão coletiva com todos os serviços envolvidos na assistência do Bruno. Compareceram a esta supervisão: o CAPS Linda Batista, a Policlínica Amaral Peixoto, a emergência do Pam Rodolfo Rocco, o instituto Nise da Silveira, Pinel, o CPRJ, o Hospital Colônia. Interessava-nos problematizar: que tipo de efeito esse circuito interminável por entre os equipamentos de saúde mental produziu na sua subjetividade? Qual a possibilidade de criação de um território existencial para Bruno fora do circuito psiquiátrico? Como vive quando não está internado? Quem demanda tratamento?

Bruno? Seu Pai? Ambos? Qual estratégia clínica podia ser construída considerando a relação Bruno/William? Quais questões tornavam-se emergenciais na intervenção do caso? Tais questões nos levaram a traçar contornos voláteis, tímidos e a estabelecer consensos provisórios. Precisávamos definir, coletivamente, uma posição diagnóstica frente ao caso. Para isso, necessitávamos exames complementares que avaliassem o comprometimento neurológico do Bruno e a gravidade de suas crises epiléticas, por exemplo, submetê-lo ao exame de EEG e à ressonância magnética.

Tínhamos o desafio de criar regularidade em seu acompanhamento para gerar efeitos-subjetividade de criação, por mais desafiador que isso pudesse nos parecer. Por isso, iríamos tentar impedir suas saídas abruptas do hospital até que estivesse realmente em condições de receber alta. O CAPS iria matriciar a medicação de base utilizada por Bruno e informá-la aos demais dispositivos da rede. Definimos os profissionais do CAPS que iriam estabelecer uma aproximação mais intensa com Bruno, acompanhando-o semanalmente, mesmo quando estivesse internado. Realizamos uma aproximação com seu irmão, que se mostrou receptivo e interessado pelo Bruno, visitando-o semanalmente. O CAPS iria fazer uma escuta fina das questões trazidas por William. Pensamos na contratação de um acompanhante terapêutico que ajudasse a mediar a relação do Bruno com seu pai e com a comunidade. Buscamos uma articulação com a justiça a fim de assegurar o cuidado do Bruno, caso seu pai continuasse comprometendo o tratamento.

As estratégias conjuntas foram disparadas, mas não houve continuidade do processo de cuidado, o que nos obrigou não só a repensar tais estratégias, mas, sobretudo, a governabilidade que tínhamos para pô-las em funcionamento. Isso nos forçou a pensar o baixo grau de transversalidade entre os produtores do cuidado e a gestão, neste caso, a direção do CAPS, entre o CAPS e os demais serviços envolvidos neste caso, entre diretores dos serviços comprometidos com este caso e os gestores do nível central como uma dimensão ainda muito frágil e inexpressiva da rede. A dimensão intensiva e transversal foi acionada, mas as estratégias conjuntas deixaram de ser cultivadas, diminuindo o grau de abertura transversal, aquiescência e intensividade da rede de saúde mental, que voltou a revelar sinais de seu resfriamento. O fato é que Bruno voltou a ter diversas reinternações, prescrições médicas fragmentadas e frágeis passagens por diversos serviços da rede de saúde. Até o dia que, novamente, protagonizou uma séria crise no CAPS.

Bruno chega e sua presença se faz notar por todos, da cozinha à administração, de alguma maneira há uma convocação para que se mobilize afeto e atenção apenas em direção a

ele, alterando bruscamente o ritmo do ambiente. Ele traz em seus movimentos muita força, um tom malandro, um tom infantil, um tom quase pueril, passando ao ato a qualquer pequena perturbação e deslocamento da atenção dirigida a outrem. Fala pouco de si. Elabora quase nada sobre sua condição existencial.

Intuíamos que íamos experimentar uma situação “limite”. Muitos usuários e profissionais começavam a aterrorizar-se com suas ações, mas o auge ainda estava por vir. Cantarolava com vigor. “Eu ia explodir, eu ia explodir, mas eles não vão ver os meus pedaços por aí...” Seu pai, provavelmente acionado pela equipe ou tendo vindo buscá-lo, como faz nas muitas crises que geraram internações do filho desde que assumiu seu cuidado, ao chegar, grita, esbraveja, fala palavrões. Agrido o filho por ir ao CAPS e repete que o mesmo não tem nada, quer internar-se apenas para “pegar mulher”. O pai se refere ao início de seu problema com Bruno: aos seus quinze anos, quando sua avó, para segurá-lo em casa e não deixá-lo sair para fumar maconha, ministrava-lhe altas doses de Rivotril.

Nesse dia, começávamos a supervisão clínico-institucional de Eixo excepcionalmente realizada no subsolo do CAPS. Conversávamos sobre a estratégia de trabalho frente aos usuários do processo de desinstitucionalização aliada a estratégia utilizada frente aos usuários em crise que se tornavam repetidores de emergências. “O clima está insustentável”, ouço um corre-corre das pessoas e vários gritos que vêm da sala de convivência. A supervisão continua, mas a minha atenção se bifurca... Não estou mais ali. Estou lá. Bruno está lá em cima. A enfermeira de referência foi vê-lo. Ele corta os pulsos com uma garrafa que acabara de quebrar. A usuária a quem chamarei aqui de Rita e com quem Bruno tinha se relacionado na semana anterior também está com ele. A técnica de referência avisa-nos que eles haviam se beijado semana passada e que agora ela está com outro rapaz aqui no CAPS. Rita e Bruno estavam tomando banho de piscina. O clima fica tenso... A técnica intervém, conversa um pouco com Bruno e com Rita... Ela vai embora... Bruno está irritado, ameaça quebrar as coisas, entra na cozinha... Grita e ameaça quem tenta se aproximar dele. Os trabalhadores do CAPS têm receio do que possa acontecer. Quando saí do CAPS, o pai dele já está a sua espera no portão. Algo acontece entre os dois... Bruno volta e tenta pegar a faca para matá-lo. Paralisamos a supervisão de Eixo, mas não ficamos paralisados... Os usuários foram retirados do CAPS. Os profissionais intervieram em equipe no acontecimento-crise. Bruno lança pedras no pai, o pai responde a base de socos e pontapés. Agrido verbalmente a equipe do CAPS por deixá-lo entrar de novo no serviço. Os ânimos se afloram, mas a equipe consegue acalmá-los. Mais uma vez chega a polícia, retira Bruno encaminhando-o à emergência do Pam Rodolfo

Rocco. E, de lá, segue imediatamente a internação no Instituto Nise da Silveira. Enquanto isso, a coordenadora clínica, os policiais e o pai de Bruno dirigem-se à delegacia para formalizar o ocorrido. O circuito recomeça...

Na semana seguinte, Bruno retorna ao CAPS. Após ter realizado as atividades terapêuticas e ter ido embora, voltou e começou a lançar pedregulhos para dentro do CAPS, ameaçando derrubar o portão. Sua agressividade foi aumentando a ponto de arrombar a porta principal do CAPS e o portão da garagem. Entrou aos gritos, ameaçando matar uma das profissionais que o atendeu nesse dia. Alegava ter sido medicado de forma errada pela técnica de referência. O vigilante do serviço foi extremamente habilidoso no manejo da situação ao impedi-lo de machucar a profissional que permaneceu trancada na sala de direção. Logo em seguida, chegou seu pai, iniciando outra sessão de violência física e simbólica contra o filho. Travou uma luta de socos, pontapés e palavrões. Novamente a vizinhança chamou a polícia que acabou levando-o à emergência psiquiátrica do Pam Rodolfo Rocco. Bruno permaneceu internado por dois dias e seu pai o retirou de novo sob alta a termo, jogou a medicação fora, expulsando-o de casa para rua. Logo após alguns dias, Bruno foi encontrado vagando pela rua, voltando a nos “pedir socorro” no CAPS.

Com a intensificação de suas crises, Bruno vive não só risco iminente de vida, mas também põe em risco a vida de terceiros. Nessa última crise, por pouco não feriu seriamente a profissional que o acolheu no dia. Habitávamos, mais uma vez, o limite daquela situação. Percebíamos que o CAPS não podia tecer, sozinho, uma ação em rede neste caso. No entanto, não podíamos nos furtar ao desafio de utilizar este caso como traçador não só de uma inversão de sentido na rede, mas disparador de efeitos-subjetividade de criação na dimensão do caso clínico e no funcionamento da própria rede de saúde mental, da rede de saúde coletiva e da rede intersetorial.

Decidimos, em supervisão, pautar uma nova discussão coletiva do caso, agora, com a presença da justiça, assistência social, unidades básicas de saúde da família, coordenação de saúde mental do município nível central, coordenação do território (CAP 3.3), assessoria das residências terapêuticas, conjuntamente com a direção dos serviços envolvidos no acolhimento ao Bruno: direção geral do Instituto Nise da Silveira, direção da enfermaria de curta permanência do Nise, direção do Espaço Aberto ao Tempo (EAT), direção da emergência psiquiátrica do Pam Rodolfo Rocco, direção do CAPS Linda Batista e a direção do ambulatório Amaral Peixoto.

Era necessário que as estratégias de cuidado fossem avaliadas coletivamente antes de serem simplesmente mantidas ou interrompidas. Não adiantava traçar estratégias coletivas de cuidado sem que houvesse governabilidade para mantê-las em funcionamento. Não era possível pensar a produção do cuidado inseparável da gestão desse mesmo cuidado. A fragmentação do cuidado neste caso convocava-nos a traçar alianças mais amplas: de uma comunicação transversal, compondo forças entre a atenção e a gestão nos diversos níveis da rede, criando abertura para a emergência de outros sentidos, ou seja, outras dimensões de rede na saúde mental para além da dimensão funcional.

Chegou o dia da tão esperada reunião com os gestores e equipamentos da rede. Ao entrar na Rua do CAPS, percebo a imensidão de carros estacionados. Será que tinham acolhido nossa provocação? O corpo ainda insiste em sentir como se fosse um instrumento de percussão em que tudo treme para criar ressonâncias. Tento respirar lenta e profundamente, acalmando-me. Era preciso acionar as linhas de flexibilidade, de cuidado, de delicadeza, de suavidade e de tranquilidade que compõem a valise, artesanalmente preparada durante esses dozes anos no exercício de supervisão em serviços de saúde mental. Curiosamente, fechava os olhos e ocorria-me a imagem da água com sua fluidez que põe em contato corpos, que nutre mundos, e que, ao mesmo tempo, tem força capaz de desmanchar mundos cristalizados. Pensei: se fosse um pequeno riacho de água potável adjacente àquela atmosfera árida e, ao mesmo tempo, fria, poderia banhar e umedecer as terras mais próximas, juntos poderíamos modificar aquela atmosfera deixando-a menos seca e mais úmida, de tal modo que alguns grãos de pólen, finalmente, pudessem germinar.

Quando a equipe do CAPS pautou o caso, as práticas de cuidado e de gestão sofreram desmontagem, fazendo emergir linhas de composição que até então não tinham sido incluídas. Percebíamos, coletivamente, que, assim como Bruno, os nós da rede estavam desarticulados, capturados pelo circuito do sintoma que o caso apresentava. Entramos em contato com a dificuldade de dar continuidade às estratégias em rede. A partir desse momento, pôde surgir na/em rede o tênue início de um possível contorno para o caso que comparecia fragmentado. Estávamos imersos na discussão do caso quando, de repente, despontou a pergunta que norteou aquele encontro: “De quem é a crise?” Dessa proposição partiram os desdobramentos em relação ao “caso” e à rede “como um caso” a ser acompanhado e gerido coletivamente.

Após uma sucessão de encontros que se estendem até hoje, foi possível tecer, minimamente, algumas direções coletivas. O CAPS faria o matriciamento do caso, mas agiria em conjunto com outros serviços da rede. A rede disponibilizaria o medicamento Ziprex

indicado para Bruno, acompanhando os efeitos produzidos na sua subjetividade. O usuário seria acompanhado semanalmente, pelo CAPS, durante o período de internação. O CAPS iria garantir a continuidade de sua medicação junto aos outros serviços da rede. Havia a preocupação de que Bruno não permanecesse dopado de remédios. Foi marcado o dia da realização da ressonância, do EEG para definição diagnóstica. Contratou-se um acompanhante terapêutico que estivesse com Bruno em alguns períodos de sua internação e que posteriormente, o acompanhasse quando estivesse no CAPS. Foi enviado à justiça um relatório em nome de todos os serviços da rede, informando a impossibilidade biopsicossocial do pai continuar exercendo curatela de Bruno. Viabilizou-se uma residência terapêutica para o Bruno. Nesse momento, aguardamos o julgamento da curatela exercida por seu pai. Enquanto isso, Bruno desafia-nos a disparar fagulhas de abertura em rede para construção de seu processo de cuidado e gestão desse mesmo cuidado coletivamente.

Trajetos 14: A supervisão do Eixo Pavuna/Anchieta

A supervisão clínico-institucional, denominada pela coordenação de saúde mental de supervisão de eixo, tem sido realizada de maneira itinerante no eixo Pavuna/Anchieta. A cada supervisão, que ocorre mensalmente, definimos, coletivamente, a localização do próximo encontro. Durante três anos e quatro meses de experimentação da supervisão de eixo, percorremos o CAPS Linda Batista, o Posto de Saúde Nascimento Gurgel, a 6ª CRE, a 6ª CRAS, o PSF Portos Quitanda, PSF Morro União, PSF Costa Barros, PSF Fazenda Botafogo e a quadra da escola de samba “Unidos da Pavuna”. Decidimos que a próxima supervisão seria realizada no auditório da Policlínica Amaral Peixoto. Tentávamos estreitar o contato com os trabalhadores e a direção da policlínica que, por motivos singulares, se encontravam afastados da construção coletiva da rede de cuidado e gestão desse mesmo cuidado no território.

Ao entrar no auditório, percebo que ninguém havia chegado. Como de costume, vou arrumando as cadeiras em círculo. Acompanho os ritmos dos corpos movendo-se de um lado para o outro da sala. As feições desanimadas imprimem, nos corpos, dúvidas, interrogações, receios, angústias, desânimo. Parece que estão ali forçosamente. Curioso! Ninguém se cumprimenta. Nem oi? Quem sabe um olá? Dizer “boa tarde” já seria a iminência de uma suavidade! Mas as expressões fechadas se espalham pela sala como se fossem para um combate. Quase ninguém sorri... Um clima pesado vai ganhando corpo no meu corpo... Falo com meus botões. Hoje, vai árido!... Ao mesmo tempo apostava na suavidade para

transformar a atmosfera daqueles encontros sempre tão difíceis, áridos e secos, revelando “o Atacama” que habitávamos dentro de nós mesmos. De fato, as linhas duras que saltavam daqueles corpos anunciavam a aridez e a rigidez que estava por vir.

Estão presentes: profissionais dos PSFs do território, a coordenação clínica e a direção do CAPS Linda Batista, a direção e trabalhadores do Posto de Saúde Nascimento Gurgel, a direção e trabalhadores da Policlínica Amaral Peixoto, a direção e trabalhadores do Ambulatório do Instituto Nise do Silveira, uma trabalhadora do ambulatório do Instituto Pinel, trabalhadores da 6ª CRE, trabalhadores da 6ª CRAS, e a articuladora do território.

Iniciamos a supervisão com informes divulgados pelo grupo. Logo em seguida, começamos a montar a pauta de discussão. Foi aí que o clima esquentou bruscamente! A trabalhadora do Pinel pautou, com ansiedade, a transferência imediata de dezessete usuários do território de Guadalupe, que vinham sendo atendidos pelo ambulatório do Instituto Pinel, para o Ambulatório Amaral Peixoto. Afirmava, sem pausa na respiração, que, se isso não acontecesse imediatamente, os usuários ficariam desassistidos. Em tom enfático, repetia que “os pacientes de Guadalupe atendidos pelo Instituto Pinel ficariam no limbo caso não fossem acolhidos pelo território”. Estávamos apenas começando a montar a pauta quando ouvimos ecoar do fundo da sala outra voz que anunciava a transferência imediata de trezentos usuários de Guadalupe, atendidos no ambulatório do Instituto Nise da Silveira, para o Ambulatório Amaral Peixoto. Além disso, o CAPS Linda Batista pautava a discussão de casos clínicos do ambulatório Amaral Peixoto que estavam sendo acolhidos pelo CAPS há vários anos.

Há, de fato, um grande contingente de usuários do ambulatório de psiquiatria da policlínica que passaram a ser atendidos pelo CAPS num período em que a policlínica ficou sem psiquiatra. Apesar de avaliar que estes usuários não necessitavam de atendimento com o nível de complexidade de um CAPS, a equipe do CAPS Linda Batista tomou a decisão de acolhê-los para não criar desassistência no território.

No entanto, relatavam que o acolhimento a grande quantidade de usuários que buscavam atendimento ambulatorial no CAPS comprometia o acompanhamento dos usuários graves em crise que requeriam outras formas de cuidado. Os profissionais do CAPS questionavam como poderiam atender os usuários graves e em crise se a maior parte do período de trabalho estava ocupada por atividades sistemáticas que diziam respeito ao atendimento ambulatorial, atendimento individual, atendimento à farmácia, atendimento em oficinas, atendimento em grupos, em assembleias, em visitas domiciliares, realizadas a usuários que não necessitavam de um cuidado com um nível de complexidade de um CAPS.

Percebi que existia uma pressão para que a Policlínica Amaral Peixoto, imediatamente, acolhesse os usuários que, por um momento específico enfrentado pelo serviço, deixaram de ser atendidos pela policlínica, pulverizando-se por outros serviços da rede de saúde mental do município. Nesse momento, os ânimos se acirraram brutalmente. Houve troca de acusações, de ataques, de julgamento, de hostilidades, de culpabilizações, de agressões, de desrespeito, de palavrões, etc. A policlínica era vista pela rede de saúde mental do município e, especificamente, pelo território como um serviço de baixa resolutividade, fechado ao atendimento dos usuários e indiferente às dificuldades e problemas enfrentados pela rede de saúde mental do território e, conseqüentemente, do município. A direção e os trabalhadores da policlínica raramente participavam das supervisões de eixo, mantendo-se afastados das questões que envolviam a construção coletiva do cuidado e gestão do cuidado no território. Quando, vez por outra, se encontravam presentes, afirmavam que a porta de entrada do serviço estava acontecendo normalmente e que os usuários estavam sendo prontamente acolhidos. Em síntese, existia pouca abertura para que as dificuldades do serviço pudessem sequer aparecer fora do âmbito do julgamento moral, da culpabilização, da acusação, do ressentimento, da agressividade, da brutalidade etc.

No entanto, percebíamos que havia contradição entre aquilo que os trabalhadores da policlínica relatavam como modo de funcionamento do serviço e a experiência descrita pelos usuários do território. Os trabalhadores afirmavam que estavam com a porta de entrada do serviço aberta, mas os usuários narravam experiências de desassistência em relação ao atendimento à saúde mental na policlínica. Os trabalhadores dos outros serviços do território relatavam que os usuários eram uníssomos quando se queixavam da impossibilidade de acesso ao cuidado na policlínica. Diziam que eram obrigados a chegar à policlínica às 4 horas da manhã, quando o guarda da unidade distribuía cinco senhas de atendimento para o dia seguinte. Aqueles que ultrapassassem o número de senhas distribuídas, duas vezes, por semana, eram convidados gentilmente a voltar na semana seguinte. Ou, se tivessem algum dinheiro, poderiam tentar o mercado de senhas comercializadas a preços nada promocionais por pessoas que dormiam na fila com objetivo de vender as senhas.

Deve-se esclarecer que os usuários da policlínica são de comunidades bastante precárias e carentes, possuindo, em grande maioria, quadros clínicos gravíssimos. Não possuíam dinheiro sequer para comprar comida, que dirá pagar por uma senha para atendimento médico ou psicológico. “Certamente a hipótese mais provável era a

desassistência”... Tínhamos o desafio de fazer valer o direito de todos ao acesso à saúde enquanto princípio básico que norteia o Sistema Único de Saúde.

Quando a dificuldade de acesso ao cuidado na policlínica foi posta em análise pelos profissionais dos outros serviços que relatavam a insatisfação dos usuários com a dificuldade de acesso à policlínica, a direção e os profissionais da policlínica ameaçaram se retirar, afirmando que não foram ali para serem ofendidos, julgados e desrespeitados. Diziam que se sentiam expostos, ou melhor, “postos numa frigideira para fritar”.

Pedi calma... Afinal, estávamos todos ali, imersos naquele deserto sanitário onde a pobreza não era apenas de atendimentos em serviços de saúde, mas de investimentos públicos em diferentes esferas: econômico, assistência social, urbano, cultural, transporte, lazer etc. Tal pobreza performatizava uma aridez nos modos de sentir que ganhava ares de brutalidade, fazendo com que a única forma de entrar em contato com a dimensão afeto-intensiva fosse por meio de comportamentos duros e agressivos. Como poderíamos acessar a matéria bruta do afeto sem acionar linhas de brutalidade, de juízo, de má consciência, de culpa, de ressentimento, de destruição?

Nesse momento, uma trabalhadora da Policlínica a quem chamarei aqui de “Capitu,” em homenagem ao Machado de Assis, cujos olhos grandes e amendoados pareciam querer sempre dizer-me algo, convida-me a conhecer mais de perto o funcionamento da policlínica. Ela pede a presença de um olhar míope frente às questões da policlínica. Perguntei como era “um olhar míope”? Ela, ao apertar os olhos, me diz: “você precisa chegar perto para ver as coisas que não são fáceis de ver, mas que são importantes para compreender o que acontece”... Enfatiza “a necessidade de a supervisão ajudar a policlínica com aquilo que não aparecia nos encontros de supervisão de eixo”. Capitu trabalha há mais de quinze anos na área de saúde mental da policlínica. Achei o convite a um olhar míope delicado e instigante. A direção da policlínica e o coletivo presente na supervisão concordaram com a ideia de uma aproximação com o funcionamento da policlínica. Aceitei imediatamente o convite à miopia. Marcamos um encontro da supervisão com os trabalhadores da área de saúde mental da policlínica.

A equipe de saúde mental da policlínica era composta de dois psicólogos, dois psiquiatras, um administrador e o grupo de enfermagem que preenchia burocraticamente as agendas dos psiquiatras e dos psicólogos. Existia muita tensão entre a enfermagem, os psiquiatras, os psicólogos, médicos do programa de tuberculose, trabalhadores do programa de DST/AIDS, e de hanseníase da policlínica. Na realidade, era a enfermagem que lidava

diretamente com as insatisfações e angústias experimentadas pelos usuários diante da dificuldade de acesso e acolhimento na policlínica. A dificuldade de conseguir atendimento levou alguns usuários graves a invadirem a sala da psiquiatria à base de chutes e pontapés, chegando a agredir fisicamente o psiquiatra em atendimento no dia. Esse tipo de evento se repetia frequentemente na área de espera ao atendimento. A enfermagem, por sua vez, se nutria de dados de realidade para expressar sua dificuldade de manejo com os usuários da psiquiatria frente às condições de funcionamento.

Chegou-se até a construir uma grade de ferro no espaço de agendamento das consultas para conter a agressividade dos usuários. A equipe de enfermagem repetia “esse tipo de paciente é perigoso”. A insatisfação dos usuários e dos outros serviços do território com o funcionamento da policlínica tomou proporções tão intensas que a coordenação da CAP. 3.3 substituiu a direção da policlínica imediatamente. Vemos que esse funcionamento revela um problema de gestão dos processos de trabalho na policlínica. Trata-se de um problema de gestão que produz efeitos clínicos tanto no cuidado com os usuários quanto no cuidado com o cuidador.

No dia do encontro com os trabalhadores da policlínica, a pedido da nova direção da policlínica, cheguei mais cedo para uma conversa regada a café com biscoitos de tapioca levados por mim. Havia um clima de acolhimento no ar. Estava acolhendo o novo diretor da policlínica que chegava de uma experiência de gestão bem sucedida com a atenção básica em outro território, mas sentia-me também acolhida. Afinal, agora tinha sido gentilmente convidada a entrar pela porta da frente e conhecer o funcionamento da policlínica a partir de suas invisibilidades. Não estava ali, em hipótese alguma, para transmitir uma ordem vertical do nível central da coordenação de saúde mental. Muito menos fazer julgamento ou correção das dificuldades constituídas nos processos de trabalho, mas desejava escutar os novos desafios e exigências que se expressavam por meio daquelas dificuldades experimentadas na organização dos processos de trabalho da policlínica. Havia uma memória intensiva naquele serviço que antecedia minha chegada. Era preciso escutar e acolher, com calma, aquela atmosfera complexa que se desdobrava à minha frente. Lembrava-me da miopia que Capitu me convidara a experimentar para “compreender o que acontece”.

Após uma longa conversa com a direção da policlínica, seguimos ao encontro dos profissionais. Enquanto andávamos pelos corredores, ia ouvindo a fala do diretor sobre dificuldades que os trabalhadores da clínica médica, da pneumologia, da cardiologia, da ginecologia, da urologia, tinham em atender os pacientes psiquiátricos na policlínica.

Acreditava-se ser uma questão crônica daquele serviço. Dizia-se não ser à toa que a sala da psicologia e da psiquiatria localizava-se bem nos fundos, no final do final do corredor, exatamente depois das salas da cardiologia, pneumologia, clínica médica, DST/AIDS, do tabagismo, da tuberculose e da hanseníase. Era uma ambiência pesada, escura e úmida. Os bancos de concreto cheiravam cigarro misturado a desinfetante de eucalipto e mofo. Aquela atmosfera imediatamente levou-me a um remoto e familiar posto do antigo INPS da década de 70.

De repente, senti arrepios! Rapidamente, saltei dentro de um lençol de passado que se abriu a minha frente. Vi-me com nove anos de idade sentada naqueles bancos, aguardando atendimento ambulatorial. Respirei! Pedi calma a mim mesma. Enquanto cumprimentávamos os usuários que aguardavam atendimento, percebia que havia muita vida apinhada naqueles bancos de concreto, desinfetante e mofo.

Não era apenas a menina assustada que me acompanhava, mas uma profissional que sabia o que queria apostar com aquele encontro. Estava sendo apresentada pela direção como a supervisora da equipe de saúde mental da policlínica. Vale dizer que essa aproximação ao funcionamento da policlínica não era a encomenda inicial da coordenação de saúde mental quando propôs a supervisão de eixo conforme enunciamos na segunda cartografia intensiva. No entanto, durante o acompanhamento desse trajeto, fomos avaliando os afetos que produziam efeitos-subjetividade de fechamento, endurecimento, constrangimento, tristeza e assujeitamento dos usuários, trabalhadores e gestores, comprometendo o grau de transversalidade da rede de saúde mental. Diante dessa cartografia complexa, decidimos, portanto, aceitar a provocação feita por Capitu “chegar mais perto para ver o que acontece”.

De volta à paisagem afetiva. Estranhei aquela fala! Havia uma equipe? Fui percebendo, antes mesmo de chegar, que já era esperada pela direção e trabalhadores como supervisora da equipe de saúde mental da policlínica. Embora isso não significasse nem mesmo garantisse a produção de grupalidade, a inclusão do coletivo, agradei a oportunidade que o universo me dava de ser recebida daquela forma. A abertura à aproximação já instigava o desejo a fazer uma morada intensa ali, criando fôlego para tecedura de mais e mais conexões.

Tive a sensação de que aquela terra semiárida precisava ser cuidadosamente adubada, umedecida e preparada para receber novas sementes. Quando entramos na sala de reunião, Capitu e seus companheiros de trabalho nos esperavam com alegria, café e broa de milho. Estavam presentes dois psicólogos, dois novos psiquiatras contratados, um administrador. Fui

recebendo cada sorriso de boas vindas e começando a construir uma nova relação de cuidado e gestão do cuidado com aquele novo grupo. Participava de mais um novo começo...

Combinamos fazer um encontro de supervisão mensal com todos os profissionais da área de saúde mental, inclusive com a presença da direção da policlínica, coordenação da área de saúde mental da policlínica e a articuladora do território. Esta função que, como vimos na cartografia dois, se acrescentava à da supervisão de eixo por um pressuposto de separação que persistia entre a atenção e a gestão, entre a clínica e a política, entre a produção de saúde e a produção de subjetividade, entre macro e micropolítica. Durante esses encontros que se estenderam até o final de dezembro de 2011, foram emergindo linhas que nos ajudaram a fazer o mapeamento das dificuldades e potencialidades da produção e organização dos processos de trabalho da policlínica.

Sem dúvida, a policlínica atravessava momentos difíceis. Os dois psiquiatras do serviço só atendiam meio turno, uma vez por semana, cada um. Tratava-se de pai e filha que dividiam a carga horária de um dia de trabalho na policlínica. Convém ressaltar que a prática desses trabalhadores era centrada numa orientação organicista. Faltava-se bastante aos atendimentos dos usuários. Durante a cartografia dessas linhas complexas, esses trabalhadores foram imediatamente substituídos pela nova direção da policlínica. Havia fragilidade dos vínculos trabalhistas, os atrasos dos salários eram frequentes. Isso tornava difícil a contratação de outros profissionais, sobretudo, de novos psiquiatras. Por conta dessa dificuldade, a policlínica chegou a ficar um ano sem o atendimento de psiquiatria no serviço. Nesse momento, o CAPS Linda Batista assumiu o atendimento psiquiátrico de todos os usuários do território.

Convém ressaltar que essa realidade complexa enfrentada pela policlínica não nos parece ser um problema específico desse ambulatório, muito menos, da saúde mental. Mas, trata-se de um efeito produzido por uma forma burocrática, vertical e mecânica de exercer a gestão em saúde, que também produz sérios efeitos-subjetividade à saúde mental, conforme dissemos quando tratamos do apoio institucional em saúde na segunda cartografia intensiva.

Neste período, o atendimento da área de saúde mental da policlínica ficou comprometido, pois era centrado na atividade de dois psicólogos. Queremos ressaltar que a população do território é estimada em 1.112.000 habitantes (IPP-2009). Cada profissional trabalhava em um dia diferente da semana. Não existia abertura para discussão e construção coletiva dos casos, nem havia um momento em que pudessem pensar o funcionamento dos processos de trabalho. O que, de certa forma, fomentava e instituía um funcionamento

burocrático, que produzia uma série de maus entendidos entre os usuários, trabalhadores e a gestão do serviço. Existia a cultura de medicalização construída há anos a fio. Os usuários com quadro de maior gravidade, na maioria das vezes, não chegavam a ser acolhidos. Já aqueles que eram acolhidos pelo serviço experimentavam, como única possibilidade de tratamento, a manutenção da mesma receita médica há muitos anos. Havia pouca valorização do trabalho com grupos, faltando espaço físico para o trabalho clínico-grupal. Sobretudo, não se conhecia o perfil da clientela assistida pelo serviço. Cabe dizer, mais uma vez, que esse funcionamento não foi, em nenhum momento, compreendido como específico da área de saúde mental, nem da Policlínica. Mas, diz respeito a um modo de produção e organização dos processos de trabalho que produziu, como efeitos-subjetividades: o baixo grau de transversalidade presente entre a equipe de trabalhadores (psiquiatras, psicólogos, enfermeiros) e a gestão da policlínica, entre a gestão da policlínica e a articulação do território, entre gestão da policlínica e a coordenação da CAP 3.3, entre a policlínica (trabalhadores e gestão) e os outros equipamentos intersetoriais do território. Percebíamos que os trabalhadores não se reconheciam como construtores e gestores de seus processos de trabalho. Tais linhas forneciam-nos pistas para compreender o modo como a policlínica construía o cuidado e geria esse mesmo cuidado no território.

Por outro lado, havia disponibilidade nos profissionais da psicologia, da psiquiatria, da fonoaudiologia e da enfermagem para o trabalho em equipe. A equipe de enfermagem, por exemplo, manifestava, abertamente, o desejo de participar das supervisões mensais. A direção lutava para contratar novos psiquiatras, psicólogos e enfermeiros disponíveis ao trabalho em equipe. Todos reconheciam a necessidade e urgência de mudanças nos processos de cuidado e gestão do cuidado. Existia abertura na nova direção para a criação de processos de trabalho e de gestão afinados com as necessidades e desafios da articulação de uma rede transversal.

Em dois meses de trabalho, realizou-se um estudo sobre a clientela assistida e os modos de cuidado ofertados pela policlínica aos usuários acolhidos pela área de saúde mental. Constatou-se que 65,72% dos atendimentos eram feitos a mulheres com idade entre 20 e 49 anos. O diagnóstico mais frequente era de ansiedade generalizada, o que implicava uma grande quantidade de usuárias que faziam uso exclusivo de benzodiazepínico e/ou ansiolítico como única possibilidade de tratamento, lotando o ambulatório em busca de doses generosas que aplacassem rapidamente suas angústias e mazelas. Essa clientela dizia respeito aos atendimentos individuais realizados exclusivamente pela psiquiatria.

Sem dúvida, concordamos que essas pessoas necessitassem de acolhimento, mas interrogávamos os efeitos que esse processo de cuidado produzia às usuárias, aos trabalhadores, ao serviço e ao território enquanto rede de usuários, trabalhadores, gestores e equipamentos. Questionávamos se algumas dessas usuárias não podiam ser acompanhadas pelo PSF, desenvolver algum outro tipo de atividade na policlínica ou na própria comunidade etc. Detectou-se, também, que 25,72% dos atendimentos eram realizados a usuários dependentes de substâncias psicoativas, mais precisamente, cocaína e crack. Verificou-se que 23,28% eram de atendimentos a quadros crônicos de psicose. Tratava-se de pacientes que tinham como único recurso de tratamento a manutenção da mesma receita há muitos anos. Esses renovavam a mesma receita trimestralmente.

Em relação aos usuários que entravam em regime de internação no Instituto Nise da Silveira, 29% deles pertenciam ao Eixo Pavuna/Anchieta. Este número aumentava a cada dia, funcionando como um potente indicador clínico e importante analisador do cuidado no território.

Interrogávamos como eram os fluxos de usuários graves da policlínica? Quais eram os usuários que não conseguiam ser acolhidos pelo serviço? E aqueles institucionalizados de longa data no serviço? Como estabelecer entre essas demandas, a prioridade do serviço naquele momento?

A fim de acolher a demanda reprimida por um ano sem atendimento psiquiátrico no serviço, cada psiquiatra começou a atender vinte sete usuários por turno. Essa quantidade de atendimentos por turno de trabalho comprometia não só a qualidade do cuidado, mas também era mortificante aos trabalhadores que começavam a questionar os efeitos que esse modelo de cuidado produzia na saúde dos usuários e dos trabalhadores. Havia, naquele território, uma produção de demanda em psiquiatria que superava as condições reais de acolhimento da policlínica. Percebíamos que o modo como os processos de trabalho estavam sendo organizados sobrecarregava não só os trabalhadores, mas fragmentava o trabalho a tal ponto que acabava produzindo quase nenhum impacto sobre o território. A título de exemplo, podemos citar a dificuldade de acolher os casos de maior gravidade que continuavam lotando as enfermarias do Instituto Nise da Silveira e outros hospitais da rede de saúde mental do município. Compreendemos que o modo como se organiza a gestão dos processos de trabalho define o modo de operar o cuidado, e vice-versa, produzindo efeitos na saúde e na subjetividade daqueles que percorrem o meio.

A partir desse estudo, compreendíamos que não bastava apenas contratar mais psiquiatras, psicólogos, enfermeiros etc., para enfrentar a dificuldade de acesso ao serviço. Era necessário transformar também a gestão dos processos de trabalho. A chegada de dois psiquiatras, de uma nova psicóloga, de uma enfermeira acupunturista, de uma terapeuta ocupacional e de um estagiário de psicologia agregou forças para a criação de processos de grupalidade. Após algumas discussões, decidiu-se experimentar a porta de entrada, ou seja, o acolhimento de primeira vez aos usuários por meio de grupos de recepção. Tais grupos tinham a possibilidade de acolher até doze usuários por encontro que acontecia duas vezes por semana. O primeiro grupo foi composto de uma psiquiatra e dois psicólogos e o segundo composto de um psiquiatra, uma psicóloga, uma enfermeira e um estagiário de psicologia. Essa experiência operou abertura na comunicação transversal da equipe, possibilitou a construção de alianças entre profissionais e a direção, permitiu o surgimento de parcerias de trabalho entre profissionais que trabalhavam ali há anos sem jamais terem trocado uma única palavra, dinamizou o processo de acolhimento aos usuários que dormiam na fila sem conseguir, muitas das vezes, atendimento. A experiência coletiva dos grupos de recepção ajudou a construir novos processos de trabalho na nova equipe de saúde mental que emergia dando sinais de intensividade, potência coletiva e criação.

Era visível a alegria que tomava conta de cada encontro de supervisão na policlínica. Entre cafés, discussões de casos, relato das dificuldades enfrentadas no dia-dia, broas de milho, brincadeiras, partilha de novas descobertas, construção de novas estratégias, íamos, cada vez mais, misturando-nos e criando mais e mais processos de grupalidade. Ao longo da discussão, fomos percebendo que muitos casos atendidos pela policlínica poderiam ser acolhidos pelo PSF do território. Surgiu, então, a ideia de convidar a psicóloga responsável pelo matriciamento de quinze equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família do território e a gerência de quatro equipes de PSF, localizadas na policlínica, para a discussão coletiva de casos clínicos que ocorria durante a supervisão mensal da policlínica. Iniciou-se um processo coletivo de corresponsabilização pelo cuidado dos usuários acompanhados pelo PSF do território. Em contrapartida, os trabalhadores da saúde da família nos ajudavam na capilarização do cuidado em casos de saúde mental que, em outras circunstâncias, jamais chegariam a ser acolhidos pela policlínica. Os processos de cuidado começavam a ser compartilhados entre os gestores, trabalhadores e usuários que iniciavam um movimento de grupalização, de cogestão, de corresponsabilização pelo cuidado no território.

Com discussão e construção coletiva dos casos, aquecimento da rede interna, foi surgindo o atendimento de acupuntura, realizado pela enfermeira acupunturista a casos encaminhados internamente pela equipe. Esse trabalho foi estendido a usuários dependentes de substâncias psicoativas que eram de grande incidência naquele território. A psicologia e a psiquiatria iniciavam, juntas, um trabalho com grupos cujo objetivo era a desmedicalização de usuários que faziam uso de benzodiazepínicos e outros ansiolíticos por longa data. Foi restabelecido, pela psicologia, atendimentos em grupos a crianças e adolescentes. A fisioterapeuta vem construindo um trabalho em grupo com pacientes crônicos que tem dificuldade de locomoção. Eis, aqui, mais um exemplo de que a supervisão de eixo operou em uma região limítrofe entre a saúde mental e saúde coletiva, entre a clínica e a política, entre o cuidado e a gestão, instaurando comunicações transversais entre elementos heterogêneos, forçando movimentos de diferenciação contínua, tanto das práticas de saúde quanto dos modos de subjetivação.

Da aridez, dureza e desânimo que inaugurou a narrativa da paisagem da supervisão de eixo, ficaram apenas a memória de um tempo que sofreu desvios em seu curso, criando outros ritmos, outras formas de sentir, de ser afetado e afetar, outras subjetividades, outras maneiras de cuidar e de gerir o cuidado, outras formas de articular o cuidado no território.

Linhas de despedida e abertura

Essa experiência teve seu ponto de partida em agosto de 2008, a partir de um convite da direção e da coordenação clínica do CAPS Linda Batista para que assumisse a supervisão clínico-institucional do CAPS e do território Pavuna/Anchieta. A encomenda dirigida pela coordenação de saúde mental do município foi a de que a supervisão não se restringisse apenas ao CAPS, mas se estendesse a outros equipamentos da rede de saúde mental, funcionando de maneira ampliada pelo território. Nesse momento, começava a dar passos ainda tímidos e inseguros pelo Doutorado em Psicologia da Universidade Federal Fluminense. A graciosidade e generosidade dos começos são a alegria da expectativa, da insegurança, do futuro ainda prenhe de incertezas, da experimentação tateante daquilo que ainda não é, já sendo, do pulsar incessante, da vibração intensiva que abria-nos a um novo campo problemático.

Iniciei esta pesquisa interessada em problematizar efeitos transversais disparados a partir da supervisão clínico-institucional do CAPS Linda Batista e do território Pavuna/Anchieta. A inquieta-ção, no entanto, não foi movida por um desejo de descrever e por em análise as práticas de cuidado e de gestão da rede de saúde mental daquele território. O que fez os olhos brilharem, o pulso pulsar e o coração disparar acelerado foi acompanhar os efeitos-subjetividade produzidos a partir da supervisão clínico-institucional do CAPS e do Eixo Pavuna/Anchieta.

Essa ação inquieta colocou à pesquisa o desafio de conduzir-se tal como um maestro o faz na regência de uma sinfônica, sempre atenta às linhas de dissonância e às linhas de perigo que pudessem afrontar a continuidade do processo. Disposta a acolher com cuidado a experiência, se colocava a aposta ética nessa zona de experimentação limiar entre a supervisão e a pesquisa, entre a clínica e a política, entre a saúde mental e a saúde coletiva, entre a atenção e a gestão, entre a macro e a micropolítica, entre a produção de saúde e a produção de subjetividade.

Trazer a arte dos começos é só uma maneira de render um elogio e um agradecimento às parcerias éticas, às alianças afetivas e à força que move os bons e potentes encontros. Trata-se de uma forma de crivar o caos, de colocar balizas, de agenciar conceitos, de aprender a formular os próprios problemas, de tentar ser senhora das próprias velocidades, tentando afirmá-las, quase todas, uma a uma.

O desafio foi por em pé uma pequena jangada feita com destroços de madeira que nos lançasse imediatamente em alto mar. Já sabemos que nunca estamos começando nada. De

saída, nos pomos no meio, demarcando territórios, fazendo alianças, criando mundos e dissolvendo outros, propondo-nos a escutar e espreitar problemas, às vezes, colocados por outros. Na realidade, servimo-nos desses territórios provisórios como um álibi, com a ilusão de poder navegar em alto mar com total segurança. Humm! Ingênuas e singelas subjetividades, resquícios ainda vívidos da zona da mata nordestina!

Cá entre nós, aprendemos e apreendemos que as coisas não são bem assim. O mar que escolhemos navegar é perigoso. Não há lugar seguro. Acompanhei a chegada de vários sudoestes que insistiam em soprar em nossa direção, anunciando outra e mais outra e mais outra tempestade. A pequena jangada que nos lançou em alto mar, por vezes, foi desfeita, feita, refeita. Suportei difíceis intensidades. Entrei e saí de agenciamentos. Fiz e desfiz alianças. Misturei-me às linhas que atravessaram esse processo e fui forçada a decantá-las uma a uma, reposicionando-me frente a elas. Construí pactuações. Habitei processos de abertura e fechamento, aquiescência e esfriamento da rede. Participei da produção de muitos começos. Acompanhei muitos finais. Quantas primeiras reuniões puderam vingar! Outras tantas nem tiveram a chance de um ensaio sequer. Nelas, e a partir delas, vi todas as certezas se esvaírem. Alguns sonhos não vingaram em solos intensamente adubados, já outros, puderam vingar a partir da mais absoluta aridez. Nesse processo, muitas expectativas foram frustradas, outras nasceram pelas fissuras abertas no calor dos encontros. Quanto esforço para forjar um mínimo de abertura! Quanta dificuldade para durar na zona de intercessão entre a supervisão e a pesquisa. Quantos autores-intercessores foram necessários para criar uma metodologia que ajudasse a por em análise a própria experiência de supervisão, superando a distância entre o sujeito e o objeto da pesquisa. No entanto, superar tal distância não foi um processo fácil, nem significou reduzir a supervisão à pesquisa e vice-versa, muito menos sobrecodificar uma experiência com a outra, mas, sobretudo, desafiou-nos a fazê-las maquinar juntas. Experimentei a função de supervisora clínico-institucional da AP 3.3 – Eixo Pavuna/Anchieta/RJ durante três anos e quatro meses ao mesmo tempo em que efetuei a pesquisa de campo nesse mesmo território.

O desafio de superar a distância entre o sujeito e o objeto forçou-me a habitar um plano de coemergência, alimentado por diretrizes que criaram **desvios metodológicos** aos trajetos e afetos que se impunham como obstáculos a esse modo imanente de realizar pesquisa.

O primeiro desvio metodológico construído no caminho da pesquisa foi habitar a experiência da supervisão e da pesquisa enquanto uma pesquisa-intervenção. Passos e Barros

(2009a), ao proporem a cartografia como método de pesquisa-intervenção, forçaram-nos a pensar, no limite de cada encontro de supervisão, a capacidade de descrever, intervir e criar efeitos-subjetividade. A pesquisa-intervenção forjou uma desestabilização daquilo que, nos territórios existenciais, comparecia cristalizado, endurecido, cimentado, fechado. Em outras palavras, a presença daquilo que emergia enquanto regime de discursividade, regulamentos, regras, valores, processos de trabalhos, linhas de cuidado, formas de gestão, modos de estabelecer relação, seja no dispositivo-supervisão do CAPS Linda Batista, seja no dispositivo-supervisão do Eixo Pavuna/Anchieta.

Implicada pelo *ethos* da pesquisa-intervenção, acompanhamos processos ruírem e outros nascerem a partir da desestabilização de uma realidade tida como natural. “Manda quem pode, obedece quem tem juízo”. Esta era uma frequente enunciação repetida pelos trabalhadores nos espaços coletivos de supervisão. Lidamos com realidades complexas e demarcadas a partir de dois eixos dominantes: o eixo vertical e o eixo horizontal. Tais eixos submetiam tudo que diferia a um jogo de oposição, de verticalização, de dicotomização, de submissão, de combate e de assujeitamento. A estratégia utilizada foi criar um estranhamento desestabilizador àquela realidade instituída como natural, fazendo aparecer o jogo de forças que as constituía. Isso implicou um esforço de fazer operar uma função transversal no que diz respeito à invenção de novos modos de dizer, de engravidar as palavras em sua força de criação de outros sentidos, apostando na inclusão dos usuários, trabalhadores e gestores nos processos de construção do cuidado e de gestão coletiva do cuidado no território.

O segundo desvio traçado no caminho da pesquisa diz respeito à função concreta do dispositivo-supervisão na prática da cartografia. Tomamos a supervisão do CAPS e a supervisão de Eixo como dispositivos concretos de intervenção, acompanhamento e criação dos efeitos transversais produzidos na rede de saúde mental do território. Não bastava pô-los a funcionar, mas, sobretudo, acompanhar cada vez mais seus efeitos éticos (KASTRUP; BARROS, 2009).

Convém esclarecer, tais dispositivos funcionaram como analisadores que permitiram descrever, intervir e criar efeitos-subjetividade a partir da dimensão intensiva e transversal das forças na qual se engendram as formas, atijando-as, forçando sua emergência. Quando definimos a dimensão intensiva na terceira cartografia, compreendemos a supervisão como um dispositivo articulador de redes de relações que se tecem entre os elementos que vão se compondo a partir de regime de coemergência. Nesse regime de coemergência, a cartografia e a supervisão não estiveram dissociadas, mas emergiram como linhas intercessoras,

constituindo, como efeito de retroação, cartógrafo e supervisor, pesquisa e pesquisador, os sujeitos, os objetos e o próprio meio.

A pesquisa-intervenção foi ganhando corpo e língua a partir da criação desses dois dispositivos: 1) a Supervisão clínico-institucional da equipe do CAPS Linda Batista; 2) a Supervisão clínico-institucional do Eixo Pavuna/Anchieta. Esses dispositivos foram experimentados enquanto espaços coletivos em que foi possível partilhar experiências, discutir coletivamente casos clínicos tecidos a partir de uma clínica ampliada, construir relações de vizinhança com trabalhadores e destes com os usuários; forjar desvios ao que era experimentado como impasse na rede; problematizar os efeitos-subjetividade na produção do cuidado e gestão do cuidado; experimentar a coemergência de outras dimensões da rede: dimensão funcional, dimensão afetiva, a dimensão intensiva, a dimensão pública e a dimensão criativa.

O terceiro desvio metodológico impresso ao caminho da pesquisa-intervenção surgiu como efeito da desestabilização da realidade instituída. Nesse sentido, coube ao supervisor-cartógrafo acompanhar os efeitos da desestabilização geradores de fragmentos intensivos libertados das linhas totalitárias. As linhas duras foram, aos poucos, liberando passagem às forças que as habitavam. Tínhamos o desafio de provocar um procedimento de desmontagem, de possibilitar misturas, de embaralhar códigos, de criar abertura a uma comunicação extracódigo para liberar as linhas de conexão, de comunicação, de agenciamento a múltiplas direções e múltiplos sentidos. O método da tríplice inclusão, as pistas do método da cartografia, o conceito-método do rizoma foram diretrizes metodológicas que nos guiaram nessa experimentação intensiva da pesquisa-intervenção. Servimo-nos dessas diretrizes metodológicas como guias no trajeto sem metas *a priori*, mas constituídas pelo regime de interferência, de intercessão desses autores-intercessores (GALLETTI, 2007).

Essa estratégia metodológica nos forçou a habitar uma política da vizinhança. Pomo-nos em experiência de lateralidade, com os trabalhadores dos serviços de saúde mental, os trabalhadores da rede de atenção básica, os gestores dos serviços que constituíam o território, a articulação em saúde mental da AP 3.3, a coordenação de área (CAP 3.3), a coordenação de saúde mental do nível central e os trabalhadores sociais que compõem a rede intersetorial do território. Esse exercício de pormo-nos ao lado dos trabalhadores, gestores e equipamentos sociais do território desafiou-nos a incluir as diferenças, colocando-as lado a lado. Tal atitude não foi uma experiência fácil, porque gerou agonística, conflitos, medo, perturbação, tensão, angústias, desconforto etc. Por outro lado, possibilitou incluir os trabalhadores nos processos

de construção do cuidado e de gestão do cuidado, gerou maior comunicação transversal entre os equipamentos sociais da rede de atenção à saúde mental, de saúde coletiva e da rede intersetorial, aumentou a capacidade de lidar com um campo de forças em contínua tensão: interesses, projetos, valores, concepções, formações profissionais, permitiu a composição de consensos provisórios, construiu compromissos de gestão colocados lado a lado, não necessariamente em uma luta pela conquista hegemônica, mas manteve na roda a agonística da lateralidade. Sobretudo, possibilitou apostar em práticas acêntricas de cuidado e de gestão, próprias dos sistemas reticulares, forçando os limites de uma tradição que ainda insiste em manter sua lógica centrípeta, portanto autoritária (PASCHE; PASSOS, 2010).

A supervisão como um dispositivo transversalizante do cuidado e da gestão do cuidado exigiu uma aposta numa dupla dimensão: uma primeira dimensão que se põe enquanto sistema de regulação, ou seja, rede de serviços e outra que se tece a partir de um mergulho em uma dinâmica acêntrica **funcional, afetiva, intensiva, pública e criativa** enquanto rede de usuários, trabalhadores e gestores que constroem coletivamente o cuidado e a gestão do cuidado no território. São estes processos de interação entre usuários, trabalhadores, gestores e serviços e destes com outros movimentos e políticas intersetoriais que fazem com que as redes de cuidado experimentem movimentos de aquiescência, sendo produtoras de saúde e produtoras de subjetividade num regime de coemergência em um dado território.

Dessa maneira, a supervisão foi um dispositivo articulador não de identidades, mas fez operar uma rede transversal que emergiu a partir da abertura da dimensão intensiva de forças ativadora e amplificadora de conectividade. Os coletivos foram surgindo a partir da intensividade em rede, amplificando, dessa maneira, os efeitos da pesquisa-intervenção, que não se contiveram aos limites do CAPS Linda Batista, nem se restringiram aos limites do território Pavuna/Anchieta, mas se expandiram por outros territórios do município. Do cuidado colocado a partir da rede de saúde mental, acompanhamos sua transversalização pela rede de saúde coletiva e pela rede intersetorial.

O quarto desvio metodológico significou uma aposta que produziu consequências éticas. Essa aposta nos impulsionou a acompanhar os territórios existenciais que foram, delicadamente, ganhando consistência: os efeitos-subjetividade que emergiram a partir da pesquisa-intervenção nos dispositivos-supervisão no CAPS e no território.

Inicialmente, a experiência de supervisão do CAPS Linda Batista colocou-nos em contato com uma sensação de dispersão coletiva que incomodava. As situações que

atravessavam a discussão e construção coletiva dos casos compareciam num regime de urgência que nos impedia de escutá-las, pausá-las, e, assim, buscar menos soluções imediatas e milagrosas e, mais formular problemas, criando pactuações sempre coletivas e provisórias. O tempo habitado, ali, era continuamente abortado. Passava-se da discussão de um caso a outro sem que pudéssemos ser afetado e afetar, avaliar, problematizar, durar e agir ativamente sobre o que estávamos sentindo e experimentando. O CAPS Linda Batista atendia a um grande contingente de usuários da Policlínica Amaral Peixoto. Esse atendimento ocupava os trabalhadores com demandas de diversas naturezas, comprometendo a criação e a organização dos processos de cuidado. Percebíamos que a equipe do CAPS ficava sobrecarregada, pulverizando o cuidado desenvolvido, levando-os a produzir pouco ou quase nenhum impacto no território.

Era curioso o modo como os trabalhadores do CAPS Linda Batista lidavam com a experiência de crise dos usuários naquele serviço. Acreditava-se que a crise tinha um endereço certo para emergir. Era tributária do hospital psiquiátrico. O caso Bruno/William revelou-se como um potente analisador do baixo grau de transversalidade presente na equipe do CAPS e na rede de saúde mental do Eixo Pavuna/Anchieta. A comunicação transversal interna e externa dava sinais de esfriamento, de estagnação, de paralisia frente às linhas de crise, de loucura, de agressividade, de covardia, de indiferença, de violência, de impotência, de acusações, de fragmentação, de culpabilização, de terror, de cinismo e de fascismo que este caso colocava em funcionamento. Chamava atenção a posição assujeitada ocupada pelos usuários, trabalhadores e gestores diante do manejo clínico-político deste “caso”.

A discussão e construção coletiva deste caso fez emergir o funcionamento da rede de saúde mental como “um caso” a ser também posto em análise. Tínhamos o duplo desafio de, por um lado, provocar efeitos-subjetividade no “caso” da rede de saúde mental. E, por outro, por em análise o funcionamento da rede de saúde mental como “um caso” também a ser cuidado, por mais difícil que essa aposta pudesse nos parecer.

Investimos na produção de uma comunicação transversal e intensiva traçada a partir de alianças entre a atenção e a gestão nos diversos níveis da rede, criando abertura para a emergência de outros sentidos, ou seja, outras dimensões da rede, para além da dimensão funcional. É preciso dizer que não se passa por uma experiência dessa complexidade imune. Esse desejo de criar efeitos de abertura transversal na rede de saúde mental forçou-me a um movimento de abertura em mim mesma. Fui sacudida, deslocada de lugar, desafiada, provocada, habitada por afetos de difícil suportabilidade. O coração dilacerou para forjar um movimento de abertura, a escuta dilatou para ser ampliada, a intuição chegou de mansinho e

tornou-se constante companheira, a delicadeza bateu à porta, acalmando-me, a tranquilidade pediu para fazer uma morada quase duradoura. A menina assustada, que vez por outra me atravessou nessa experiência, cedeu lugar a um desejo clínico-político de operar abertura de sentidos onde estiver imperando um movimento centrípeto de fechamento, de esfriamento e de constrangimento da vida.

A experiência de supervisão do Eixo Pavuna/Anchieta também teve um início difícil, levando-nos a habitar afetos paradoxais. As expressões sisudas estampadas nas feições dos trabalhadores e gestores anunciavam, quase sempre, a iminência de um duro combate. Em muitos momentos, entramos em contato com linhas de acusações, de rigidez, de ataques, de julgamentos, de hostilidades, de culpabilizações, de agressões, de desrespeito, de brutalidade, de disputa pelo poder, de antagonismo etc. A impossibilidade de acesso ao cuidado na saúde mental da Policlínica Amaral Peixoto foi potente analisador que nos lançou em direção a uma aproximação com os processos de cuidado e de gestão daquele serviço.

Não existia, na Policlínica, abertura para discussão e construção coletiva dos casos, nem havia um momento na equipe de saúde mental em que se pudesse pensar o funcionamento dos processos de trabalho. Isso gerava uma série de mal entendidos entre os usuários, trabalhadores, a gestão do serviço e entre os demais equipamentos do território Pavuna/Anchieta e da rede do município. Os usuários com quadro de maior gravidade, na maioria das vezes, não chegavam a ser acolhidos. Já aqueles que eram acolhidos pelo serviço, experimentavam, como única possibilidade de tratamento, a manutenção da mesma receita médica há vários anos. Havia pouca valorização do trabalho com grupos, faltando espaço físico para o trabalho clínico-grupal.

Embora esse funcionamento não seja específico da área de saúde mental, nem da Policlínica, essa organização dos processos de trabalho produziu alguns efeitos-subjetividade: o baixo grau de transversalidade entre a equipe de trabalhadores (psiquiatras, psicólogos, enfermeiros) e a gestão da policlínica, entre a gestão da policlínica e a articulação do território, entre gestão da policlínica e a coordenação da CAP 3.3, entre a policlínica e os demais equipamentos do território Pavuna/Anchieta e da rede do município. Por outro lado, apesar de verificar tais efeitos, percebíamos que todos estavam ávidos por mudanças na organização dos processos de trabalho. A nova direção da policlínica encontrava-se aberta às necessidades e desafios da articulação de uma rede transversal.

Após um estudo de dois meses sobre o perfil da clientela atendida e os modos de cuidado ofertados pela policlínica aos usuários acolhidos pela área de saúde mental,

constatou-se que 65,72% dos atendimentos eram feitos a mulheres com idade entre 20 e 49 anos, que possuíam diagnósticos de ansiedade generalizada. Tais usuárias faziam uso exclusivo de benzodiazepínico e ansiolíticos como única possibilidade de tratamento. Verificou-se que 23,28% dos atendimentos que eram realizados a quadros crônicos de psicose tinham como única oferta de tratamento a manutenção da mesma receita há vários anos. Detectou-se, também, que 25,72% dos atendimentos eram realizados a usuários dependentes de substâncias psicoativas, mais precisamente, cocaína e crack. Constatou-se que 29% dos usuários que davam entrada na internação no Instituto Nise da Silveira pertenciam ao Eixo Pavuna/Anchieta. Estes dados funcionaram como indicadores clínicos e importantes analisadores do cuidado, não somente na policlínica, mas, sobretudo, no território Pavuna/Anchieta.

Compreendíamos, a partir desse estudo, que não bastava apenas contratar mais psicólogos, psiquiatras, enfermeiros etc. para enfrentar a dificuldade de acesso naquele serviço. Era necessário transformar também as formas de cuidado e gestão dos processos de cuidado. Após discussões que acontecem até hoje, iniciamos uma experiência com dois grupos de recepção no acolhimento de primeira vez dos usuários. Estes grupos tinham a possibilidade de acolher até doze usuários por encontro, que acontecia duas vezes por semana. O primeiro grupo foi composto de uma psiquiatra e dois psicólogos e o segundo composto de um psiquiatra, uma psicóloga, uma enfermeira e um estagiário de psicologia. Esta experiência operou uma abertura transversal que permitiu construção de alianças entre trabalhadores e a direção, possibilitou parcerias de trabalho entre trabalhadores que jamais tinham trocado uma única palavra, dinamizou o processo de acolhimento dos usuários que dormiam na fila sem, muitas das vezes, conseguir atendimento.

O planejamento coletivo dos processos de trabalho, sua análise permanente e a discussão e construção coletiva dos casos desafiou-nos a experimentar novos modos de cuidar construídos e geridos coletivamente. Surgiu o atendimento de acupuntura, realizado pela enfermeira acupunturista. A psicologia e a psiquiatria constituíram, juntos, grupos cujo objetivo era a desmedicalização de usuários que faziam uso de benzodiazepínicos e outros ansiolíticos por longa data. A fisioterapia construiu grupos com usuários crônicos que tinham dificuldades de locomoção.

A supervisão de eixo foi uma aposta ética que operou na zona limiar entre saúde mental e saúde coletiva, entre a clínica e a política, entre a atenção e a gestão, entre a supervisão e a pesquisa, entre a macro e a micropolítica, entre a produção de saúde e a

produção de subjetividade, articulando uma rede transversal de conversações. Com isso, cabe afirmar esta tese como uma experiência que não se encerra em si mesma, mas que é assim como a pesquisa-intervenção que ela narra, uma rede de articulações transversais: com os usuários, com os trabalhadores, com os gestores, com a saúde mental, com a saúde coletiva, com a rede intersetorial daquele território e do município, enfim, com a vida.

E por falar em rede transversal, não poderíamos deixar de narrar as últimas intensidades que preencheram essa rede de articulações transversais. Nesse momento em que o prazo da pesquisa vai se expirando, fui surpreendida por um convite de uma parceira, supervisora da rede, para que a substituísse na supervisão do CAPS Torquato Neto, no território da AP.3.2. A encomenda dirigida pela coordenação de saúde mental do município é que a experiência acumulada no território Pavuna/Anchieta possa ajudar a articular uma rede transversal agora no território de Todos os Santos/Cachambi.

Fui convidada pela direção Torquato Neto a conhecer o serviço no dia da comemoração do quarto aniversário do CAPS. O convite carinhoso, enviado para mim, dizia assim: *“Primeiro passo é tomar conta do espaço. Tem espaço à beça e só você sabe o que fazer do seu. Antes o ocupe. Depois se vire”* (Torquato Neto). Os afetos que saltavam do convite indicavam-nos uma forma cuidadosa e delicada de ocupar esse novo território existencial que me convida a uma ocupa-ção.

Hoje é sábado, dia da festa de aniversário do CAPS Torquato Neto, em meio a livros espalhados pela mesa, papéis soltos na escrivaninha e um misto de tristeza e alegria que preenchem as linhas de despedida e abertura da tese, sou forçada a fazer uma pequena pausa à abertura de um novo campo problemático que se abre à minha frente. Sigo de carro em direção à festa, por um trajeto novo, ainda desconhecido, preenchido por curiosidades, incertezas e alegria. Enquanto avisto as árvores verdejantes que povoam o grande Méier, ouço, no carro, o refrão do compositor Moska dizer:

Vamos começar colocando um ponto final. Pelo menos já um sinal de que tudo na vida tem fim [...] É tudo novo de novo [...] Vamos nos jogar onde já caímos [...] Tudo novo de novo [...] Vamos mergulhar do alto onde já subimos [...] Vamos celebrar essa luz que acabou de nascer. Quando aquela de trás apagou [...] E vamos terminar inventando uma nova canção. Nem que seja uma nova versão. Pra entender que acabou [...] Mas é tudo novo de novo [...].

Quando chego ao Torquato Neto, todos estão dançando e cantando em uma roda de ciranda, que gira em volta de uma grande mangueira. Eles me convidam a entrar na roda.

Entro na roda com alegria. É tudo novo de novo... Vamos mergulhar... mergulhar...
mergulhar...

Referências

- ALVES, D. S.; GULIOR, A. P. O cuidado em saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec. 2004. p. 221-240.
- AMARANTE, P. (Org.). Asilos, alienados e alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil. In: _____. *Reforma social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 73-83.
- AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1995.
- AMARANTE, P. *O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- BARROS, R. D. B. Dispositivos em ação: o grupo. In: DO EIRADO, A. et al. (Org.). *Saúde e Loucura - Subjetividade: questões contemporâneas*. São Paulo: Hucitec, 1997. n. 6.
- BARROS, R. D. B. Reforma psiquiátrica brasileira: resistências e capturas em tempos neoliberais. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Org.). *Loucura, ética e política: escritos militantes*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 196-206.
- BARROS, R. D. B. Pesquisa-ação, pesquisa-intervenção. In: *Grupo: a afirmação de um simulacro*. Porto Alegre: Sulina, 2007.
- BARROS, R. D. B.; PASSOS, E. A Construção do Plano da Clínica e o Conceito de Transdisciplinaridade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Brasília, v. 16, n. 1, p. 071- 080, 2000.
- BARROS, R. D. B.; PASSOS, E. Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo. *Psicologia Clínica Pós-Graduação e Pesquisa (PUC/RJ)*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 89-99, 2001.
- BARROS, R. D. B.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005a.
- BARROS, R. D. B.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, [S.l.], v. 9, p. 389-394, 2005b.
- BASAGLIA, F. *Escritos Selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- BRASIL. Relatório final da V Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1975. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/5conf_nac_rel.pdf>. Acesso em: 29 set. 2011.
- BRASIL. MS. 11ª Conferência Nacional de Saúde: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na Atenção à saúde, com controle social: relatório final. Brasília: Ministério da saúde, 2001.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002, 213 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório Anual do Instituto Franco Basaglia*. Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 4. ed., 2008.

BRASIL. *Relatório final do último senso realizado pelo Instituto de Geografia e Estatística na cidade do Rio de Janeiro*, 2010.

CAMPOS, G. W. S. *Reforma da reforma repensando a saúde*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e cogestão de coletivos – a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S. *Um Método para Análise e Co-gestão de Coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. 2. São Paulo: Hucitec, 2005.

CECÍLIO, L. C. de O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (Org.). *VER-SUS Brasil: caderno de textos*. Brasília: MS, 2004. p. 90-106.

CERQUEIRA, M. P. Doze Anos de CAPS na Cidade do Rio de Janeiro. In: LIBÉRIO, M. A. P. (Org.). *Revista Escola de Saúde Mental*, (EASAM), Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro Subsecretaria Municipal de Ações e Serviços Saúde. Coordenação de Saúde Mental, 2008. p. 28-36.

DELEUZE, G. *Post-scriptum*, sobre as sociedades de controle. In: _____. *Conversações*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992. p. 219-226.

DELEUZE, G. “O que é um dispositivo”? In: _____. *O mistério de Ariana*. Lisboa: Vega, 1996. p. 83-96. Coleção Passagens.

DELEUZE, G. *Crítica e Clínica*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1997.

DELEUZE, G. Os Três Problemas de Grupo. In: GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Psicanálise e Transversalidade: ensaios de análise institucional*. Aparecida: Idéias & Letras, 2004.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *O Anti-Édipo*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

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

DELEUZE, G; GUATTARI, F. *O que é a filosofia?* Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

DELEUZE, G; GUATTARI F. *Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995. v. 1.

DELEUZE, G; GUATTARI F. *Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1996. v. 3, p. 24.

DELEUZE, G; GUATTARI F. *Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1997a. v. 4.

DELEUZE, G; GUATTARI F. *Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1997b. v. 5.

DELEUZE, G.; PARNET, C. *Diálogos*. São Paulo: Escuta 1998.

FAGUNDES, S. Saúde mental coletiva: a construção no RS. In: BEZERRA JR, B.; AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria sem hospício*. Rio de Janeiro: Relumé Dumará. 1992. p. 57-70.

FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. Tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis, RJ: Vozes, 1977.

FOUCAULT, M. Sobre a História da Sexualidade. In: MACHADO, R. (Org.). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p. 243-276.

FOUCAULT, M. Anti-Édipo: introdução à vida não fascista. In ESCOBAR, C. H. (Org.). *Dossier Deleuze*. Rio Janeiro: Hólon, 1991. p. 81-84.

FREYRE, G. *Casa grande & Senzala*. São Paulo: Global, 2006.

GALLETI, M. C. *Itinerários de um serviço de saúde mental na cidade de São Paulo: trajetória de uma saúde poética na cidade de São Paulo*, 2007, 151p. Tese (Doutorado) Programa de Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 2007.

GUATTARI, F. *Revolução molecular: pulsações políticas do desejo*. São Paulo: Brasilense, 1985.

GUATTARI, F. *Caosmose: um novo paradigma estético*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1998.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Psicanálise e Transversalidade: ensaios de análise institucional*. Aparecida: Idéias & Letras, 2004.

KASTRUP, V. A rede: uma figura empírica da ontologia do presente. In: PARENTE, A. (Org.). *Tramas da rede: novas dimensões filosóficas, estéticas e políticas da comunicação*. Porto Alegre: Sulina, 2004. p 80-90.

KASTRUP, V.; BARROS, R. D. B. Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). *Pista do método da Cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009. p.76-91.

MACEDO, C. G. de. Extensão das ações de saúde através de serviços básicos. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. 1980. p. 19-30.

MACIEL JUNIOR, A. O problema da escolha e os impasses da clínica na era do contemporâneo. In: MACIEL JUNIOR, A.; KUPERMAN, D.; TEDESCO, S. (Org.). *Polifonias, Clínica, Política e Criação*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2005.

MANGUEIRA, M. V. *Microfísica das criações parciais*: pensamento, subjetividade e prática a partir de Nietzsche e Deleuze. São Cristóvão: UFS, Fund. Oviêdo Teixeira, 2001.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V. (Org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Hucitec. 1995. p. 19-158.

MERHY, E. E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, S. *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos, 1997. p. 125-141.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; QUEIROZ, M. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.l.], v. 9, n. 2, p.177-184, 1993.

OLIVEIRA, G. N. de. *Devir apoiador*: uma cartografia da função apoio. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, 2011.

OLIVEIRA, J. A. M. *O Processo de Desinstitucionalização da Loucura em Serviços Substitutivos de Saúde Mental no Estado de Sergipe: um problema clínico-político*. 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia)—Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, 2006.

OLIVEIRA, J. A. M.; PASSOS, E. A Implicação de Serviços de Saúde Mental no Processo de Desinstitucionalização da Loucura em Sergipe: Um problema clínico político. *Revista Vivência*, número sobre Subjetividade e Práticas Institucionais – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, p. 250-275, 2007.

OLIVEIRA, J. A. M.; PASSOS, E. Novos perigos Pós-desospitalização: Controle a Céu Aberto nas Práticas de Atenção e Gestão em Saúde Mental: In: RESENDE, S. C.; FERIGATO, S; BARROS, M. E. (Org.). *Conexões*: Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 322-341. Coleção Saúde Debate.

PASCHE, D. F. Política nacional de humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação, São Paulo*, v. 13, suppl. 1, p. 701-708, 2009.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E. Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde – aposta da política de humanização da saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 86, p. 423-432, jul./set. 2010.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, É. A. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 16, n. 11, p. 3689-3696, 2011.

PASSOS, E. Doze Anos de CAPS na Cidade do Rio de Janeiro, In: LIBÉRIO M.; ALBUQUERQUE, P. (Org.). *Revista Escola de Saúde Mental*, (EASAM), Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro Subsecretaria Municipal de Ações e Serviços Saúde. Coordenação de Saúde Mental, p. 50-54, 2008.

PASSOS, E; BARROS, R. D. B. Clínica, Política e as modulações do capitalismo. *Revista Lugar Comum*, Rio de Janeiro, n. 19-20, p.150-171, 2004.

PASSOS, E; BARROS, R. D. B. Passagens da Clínica. In: MACIEL JUNIOR, A.; KUPERMAN, D.; TEDESCO, S. (Org.). *Polifonias, Clínica, Política e Criação*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2005. p. 89-100.

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

PASSOS, E; BARROS, R. D. B. Por uma política da narratividade. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). *Pista do método da Cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009b . p.150-171.

PASSOS, E.; DO EIRADO, A. Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador. In: PASSOS, E; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 109- 130.

RAUTER, C. Invasão do cotidiano: algumas direções para pensar uma clínica das subjetividades contemporâneas. In: MACIEL JUNIOR, A.; KUPERMAN, D.; TEDESCO, S. (Org.). *Polifonias, Clínica, Política e Criação*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2005.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (Org.). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 15-74.

ROLNIK, S. *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2007.

ROTELLI, F. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICASSIO, M. F. S. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 17-59.

SILVA, R. P. D. Projeto de Saúde Mental de Belo Horizonte? a visão dos trabalhadores. 2005. Dissertação (Mestrado)– Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2005.

TEDESCO, S. Literatura e clínica: ato de criação e subjetividade. In: MACIEL JUNIOR, A.; KUPERMAN, D.; TEDESCO, S. (Org.). *Polifonias, Clínica, Política e Criação*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2005.

TEIXEIRA R. R. Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção da Integralidade*:

cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, p. 49-61. 2003.

TEIXEIRA R. R. A Grande Saúde: uma introdução à medicina do Corpo sem Órgãos. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, [S.l.], v. 8, n. 14, p. 35-72, 2004.

TEIXEIRA R. R. As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para emergência de uma outra concepção de público. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. 89-111, 2005a.

TEIXEIRA R. R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. *Ciência. saúde coletiva*, [S.l.], v. 10, n. 3, p. 585-597, 2005b.

Bibliografia Consultada

- ARDOINO, J.; LOURAU, R. *As Pedagogias Institucionais*. São Carlos, SP: Rima, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório final da VI Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1977. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/6conf_nac.pdf>. Acesso em 29 set. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Anais. 7ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1980. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/7conf_nac1.pdf>. Acesso em 29 set. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8conf_nac_rel.pdf>. Acesso em 29 set. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 1987. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CNS_mental.pdf>. Acesso em 29 set. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf>. Acesso em 29 set. 2011.
- BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Disponível em <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8080.htm>>. Acessado em 28 out. 2011.
- Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mental_relatorio.pdf>. Acesso em 29 set. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mental_relatorio.pdf>. Acesso Em 29/05/ 2011.
- BRASIL, MS. Política Nacional de Humanização (PNH), Documento Básico para Gestores E Trabalhadores do SUS, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde, 2007. *Saúde mental em dados*, 2 (4). Informativo eletrônico. Disponível em <<http://www.inverso.org.br/blob/182.pdf>> Acesso em 20 jan. 2012.
- BRASIL, MS. Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização (PNH), *Redes de Produção à Saúde*. Brasília-DF, 2009.

CASTELLES, M. Para o Estado-Rede: Globalização Econômica e Instituições Políticas na Era da Informação. In PEREIRA, L. C. B.; WILHEIM, J.; SOLA, L. (Org.). *Sociedade e Estado em Transformação*. São Paulo: UNESP, 1999. p.147-169.

CASTELLES, M. *A Sociedade em Rede – A Era da Informação: Economia, Sociedade e Cultura*. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

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

CHUC, W. Anexo I: sobre a saúde mental. In Brasil. Ministério da Saúde. *Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1980. p.180-184.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumento metodológico para avaliação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 5, p. 1053-1062. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, maio de 2006.

WHITAKER, F. Rede – uma estrutura alternativa de organização. In: *Mutações sociais*, Rio de Janeiro, ano 2, n. 3, mar./abr./maio de 1993. Publicação trimestral do CEDAC.

SILVA, S. F. (Org.). Redes de atenção a saúde: modelos e diretrizes operacionais. In: *Redes de atenção a saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde*. São Paulo: IDISA: CONASEMS, 2008.

ZOURABICHVILI, F. *O vocabulário de Deleuze*. Tradução de André Telles. Rio de Janeiro: Relume Dumará: 2004.