

Uma política de aliança intensiva na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)¹

Joana Angélica Macedo Oliveira²
Heliana de Barros Conde Rodrigues³

Resumo

Este trabalho é efeito de pesquisas de mestrado e doutorado desenvolvidas na Universidade Federal Fluminense desde 2004, somadas à atual investigação-ação, que visa a problematizar que sentido de política a supervisão clínico-institucional implica quando age como um agenciador de forças, e não de identidades. Para tanto, tomamos em análise a rede de atenção psicossocial de uma área do município do Rio de Janeiro-RJ, partindo da apreciação do dispositivo-supervisão do território. Tal dispositivo visa a ampliar o sentido de política a partir de uma aliança intensiva ativadora de conectividade e de produção de coletivos.

Palavras-chave: subjetividade; supervisão; política de aliança intensiva; rede de atenção psicossocial.

Abstract

This work is an effect of master and doctorate researches developed at Universidade Federal Fluminense since 2004, added to the current action-research which aims to discuss what politics the clinical-institutional supervision implies when it acts based in forces, not in identities. To this end, we have analyzed the psychosocial care network in an area of the municipality of Rio de Janeiro-RJ, based on the examination of the supervision-device of the territory. This device intends to activate intensive alliances, connectivity and production of collectives.

Keywords: subjectivity; supervision; intensive alliance politics; network of psychosocial care.

Introdução: constituição do plano problemático da pesquisa-intervenção

O plano problemático da pesquisa-intervenção a que se refere este artigo, integrante de um período de pós-doutoramento em que as duas autoras estiveram em constante interlocução, é efeito das investigações que a primeira autora vem desenvolvendo desde 2004, na Universidade Federal Fluminense, por ocasião de sua dissertação de mestrado e de sua tese de doutorado.⁴ Nesse sentido, o texto tem início na primeira pessoa do singular, já que se refere a uma historicização das atividades daquela que sempre esteve mais próxima ao campo. A certa altura do escrito, a primeira pessoa do plural que passará, então, a ser utilizada não designará, como de hábito, a assunção de um tom majestático, e sim a entrada em cena de

¹ Este texto é parte da interlocução de pós-doutorado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

² Doutora em Psicologia – área de pesquisa Estudos da Subjetividade/Subjetividade e Clínica – pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Pós-Doutora em Psicologia Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

³ Professora Associada do Departamento de Psicologia Social e Institucional/Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

⁴ Ambas as pesquisas foram realizadas sob a orientação do professor Dr. Eduardo Henrique Passos, com o apoio financeiro da Capes e da Faperj, respectivamente.

uma *aliança intensiva* entre as autoras, por ocasião do período de pós-doutoramento, datado de 2014-2015. Qual Deleuze e Guattari (1995), avalia-se que a questão não se situa em dizer ou não dizer “eu” (ou “nós”), mas em tornar esse aspecto sem qualquer importância outra que não seja a designação de uma circunstância específica, ou mesmo o desejo de falar como todo mundo.

Minha vinculação ao processo da Reforma Psiquiátrica existe desde 1999, sempre na tentativa de experimentar novas formas de atenção e gestão para a saúde mental pública, problematizando-as simultaneamente. Tal experimentação começou com o estágio curricular em saúde mental do curso de Psicologia da Universidade Federal de Sergipe, realizado no Caps “Luz do Sol”. No ano seguinte, já graduada, passei a integrar o quadro de psicólogos desse serviço, tendo lá permanecido por um ano. Desliguei-me então da função de psicóloga e em 2001, na condição de professora-substituta da Universidade Federal de Sergipe (UFS), supervisionei o estágio curricular em saúde mental, coordenando um processo de gestão coletiva no mesmo Caps – atividade que se estendeu até o início de 2002, quando se encerrou o contrato como docente.

Em 2003, tendo exercido, durante sete meses, a função de supervisora nos Caps “Luz do Sol” e “Artur Bispo do Rosário”, constatei que a ausência de discussões sobre políticas de saúde mental pactuadas com os diferentes atores (usuários, trabalhadores e familiares) estava produzindo uma rede de serviços centrípeta, que “atropelava” os dispositivos de autonomização e participação coletiva, criando deformações na rede tão recentemente criada. Nesse processo de implantação, marcado por um funcionamento burocrático, emergiram questões que desafiavam a investigar a produção de subjetividade naqueles serviços.

O funcionamento da supervisão foi um processo árduo, pois não havia, por parte da coordenação de saúde mental e da direção da OnG “Luz do Sol”, a expectativa de que se evidenciassem as lutas de forças presentes nos dois centros de atenção mencionados. Contudo, apesar das dificuldades, o processo de mudança foi disparado, colocando-se em análise diversas práticas instituídas. Entre aquelas colocadas em questão pela equipe, destacaram-se: a inexistência de um processo de “alta” dos usuários, o funcionamento das oficinas “terapêuticas” e a produção de demanda em psiquiatria.

A análise dessa experiência de supervisão, problematizada na pesquisa de mestrado (OLIVEIRA, 2006), forneceu pistas para colocar em questão três tipos de cronicidade presentes nas novas formas de atenção à 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 produzidas e reproduzidas nessas organizações; 3. cronicidade dos dispositivos em saúde mental, efeito da inexistência ou fragilidade da rede de atenção em saúde, a qual não conecta os diferentes serviços com vistas a promover uma efetiva abertura dos Caps – estes tendem a possuir “porta de entrada”, mas, muitas vezes, não possuem “porta de saída”. A emergência dessas formas de cronificação revela o baixo grau de comunicação, conectividade, contágio e intercessão⁵ da rede, gerando um funcionamento sem a articulação e a sinergia necessárias à construção de uma política de aliança intensiva para a rede de atenção psicossocial.

Ao colocar em análise esses três modos de cronificação, ganharam relevo os efeitos-subjetividade a eles relacionados – efeitos de retração, constrangimento e esfriamento –, que expandem a relação manicomial para além dos muros desses estabelecimentos.

A discussão de tais formas de cronicidade incitava a pensar que podem existir agenciamentos⁶ geradores de dinâmicas relacionais burocráticas, fechadas, frágeis e empobrecidas, as quais perpetuam a relação manicomial, diluindo-a por todo o *socius*. Por outro lado, podem igualmente emergir políticas de aliança intensiva⁷ que operem certos graus de abertura na rede de atenção psicossocial, criando efeitos-subjetividade caracterizáveis como de aquecimento e de expansão das relações entre usuários, familiares, trabalhadores e gestores.

Sendo assim, na pesquisa-intervenção que se desdobrou em tese de doutorado (OLIVEIRA, 2012), a dinâmica de comunicação e de articulação da rede de atenção psicossocial de uma área da cidade do Rio de Janeiro tornou-se o principal problema em análise. Objetivou-se analisar os efeitos gerados pela dinâmica relacional da rede de atenção psicossocial, considerando tanto os momentos de expansão, aquecimento, propagação e diferenciação das linhas em conexão quanto os de retração, esfriamento, estagnação e

⁵ O conceito de *intercessor* é tomado no sentido que lhe dá Gilles Deleuze (1992), ou seja, espécies de linhas, estrangeiras umas às outras, que não cessam de interferir entre si, produzindo ruptura e, conseqüentemente, fazendo diferir.

⁶ Gilles Deleuze e Claire Parnet (1988) definem *agenciamento* como uma multiplicidade que comporta termos heterogêneos e que estabelece relações entre eles através das épocas, dos sexos, dos reinos-naturezas diferentes.

⁷ Definimos como *política de aliança intensiva* as comunicações, articulações, pactuações e contágios que se estabelecem entre elementos heterogêneos, produzindo movimentos de diferenciação contínua a partir de um plano coletivo de forças.

homogeneização dessas linhas. Para tanto, foi realizada uma cartografia⁸ dos efeitos disparados na rede de atenção psicossocial a partir do processo de supervisão clínico-institucional de um Caps II e do território de umas das áreas do município do Rio de Janeiro, cuja rede de atenção psicossocial foi tomada como caso crítico-clínico.

Naquele momento, a encomenda⁹ formulada pela coordenação de saúde mental do município era de que a supervisão não se restringisse ao CAPS, mas se estendesse a outros equipamentos da rede de atenção psicossocial, funcionando de maneira ampliada pelo território daquela área do município.

A função de supervisora clínico-institucional foi exercida durante três anos e quatro meses, simultaneamente à realização da pesquisa de campo no mesmo território. O desafio de superar a distância entre o pesquisador e o trabalhador de saúde e gestor, entre sujeito e objeto do conhecimento, conduziu à afirmação da pesquisa de doutorado como pesquisa-intervenção.

Na qualidade de uma das pistas do método de pesquisa-intervenção, a cartografia implicou pensar a produção de conhecimento acerca do dispositivo de supervisão como um trabalho não só de descrever, mas também de intervir e acompanhar os efeitos-subjetividade que advinham ao longo do percurso (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009). A pesquisa-intervenção foi capaz de promover uma desestabilização daquilo que, nos territórios existenciais, aparecia como cristalizado, endurecido, fechado. Naquele momento da pesquisa-intervenção, que se desdobrou na tese de doutoramento, a supervisão do CAPS e a supervisão de território foram tomadas como dispositivos concretos de intervenção e acompanhamento dos efeitos transversais intensivos produzidos na rede de atenção psicossocial daquele território.

Tratava-se de produzir uma política transversal traçada a partir de alianças intensivas entre a atenção e a gestão nos diversos níveis da rede; de gerar outros sentidos, ou seja, outras dimensões para além da dimensão meramente funcional da própria rede. O interesse estava, pois, em problematizar os efeitos transversais da supervisão clínico-institucional do CAPS e de seu território. Cumpre ainda ressaltar que a supervisão de território 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,

⁸ Gilles Deleuze e Felix Guattari (1995) definem a *cartografia* como um mapa existencial do presente, afetivo e dinâmico, que diz respeito aos trajetos, aos afetos que todo e qualquer ser humano experimenta nos encontros que faz com a natureza e com outros homens.

⁹ Rodrigues (1999) define *encomenda* como o modo pelo qual é feito o pedido de ação, mais ou menos oficialmente, a alguém, e que é, por sua vez, inseparável do *encargo* ou *mandato social*, ou seja, da produção histórica de legitimação para exercer determinada função na divisão sócio-técnica do trabalho.

entre produção de saúde e produção de subjetividade, articulando o que pode ser chamado de uma rede transversal e intensiva de conversações.

A supervisão como dispositivo transversalizante do cuidado e da gestão do cuidado exigiu que se apostasse numa dupla direção: 1. ativando o sistema de regulação, ou seja, a rede de serviços em sua dinâmica acêntrica, funcional, afetiva, intensiva, pública e criativa; 2. ativando a rede de usuários, trabalhadores e gestores que constroem coletivamente a atenção ao cuidado e a gestão do cuidado no território. São esses processos de interação entre usuários, trabalhadores, gestores e serviços e destes com outros movimentos e políticas intersetoriais que fazem com que as redes de atenção psicossocial experimentem movimentos de produção de saúde e produção de subjetividade num regime de coemergência, criando movimentos de diferenciação contínua da rede de saúde a partir de um plano coletivo de forças.

No momento em que o prazo da pesquisa-intervenção de doutoramento se expirava, emergiu, surpreendentemente, um novo convite: uma supervisora da rede de atenção psicossocial solicitou que a substituísse na supervisão de outro CAPS, bem como na supervisão de outro território, localizado em área distinta daquela até então em pauta.

A encomenda, mais uma vez oriunda da coordenação de saúde mental do município do Rio de Janeiro, era de que a experiência acumulada ao longo da intervenção já efetuada pudesse ajudar a articular uma política de aliança intensiva em equipamento e local distintos. Ao mesmo tempo, o novo CAPS II a supervisionar, que por sinal comemorava seu quarto aniversário, formulou um carinhoso convite a conhecer o serviço, assim redigido: “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”. Os afetos que saltavam do escrito indicavam uma pista cuidadosa e delicada de ocupa-ação do novo território existencial.

Era um dia de sábado, o da festa de aniversário do CAPS. Em meio a livros espalhados pela mesa, papéis soltos na escrivaninha e um misto de tristeza e alegria que preenchiam as linhas de despedida da tese de doutorado, uma pequena pausa deu ensejo e lugar ao novo campo problemático que insistia em se abrir. O trajeto novo, ainda desconhecido, em direção à festa, foi feito de carro, mas foi principalmente preenchido por devires: inéditos e inabitados, povoados de curiosidades, incertezas, alegrias e medo.

Na chegada, todos dançavam e cantavam em uma roda de ciranda que girava em volta de uma grande mangueira situada na área aberta do CAPS II. Convidada a entrar na roda, o fiz com alegria. Era tudo novo de novo... Aceitei o convite a mergulhar para ficar na superfície.¹⁰

A pesquisa-intervenção na rede de atenção psicossocial de uma nova área: impressões sensíveis de um trajeto e experimentação intensiva de um meio

Foi aceita a encomenda, portanto, para exercer a função de supervisora clínico-institucional de outro CAPS II e de outro território de uma das áreas do município do Rio de Janeiro. Estávamos¹¹ lançados no campo não só como pesquisadores, mas também como trabalhadores da rede de atenção psicossocial. Uma de nós exercia a função-supervisão em CAPS II de uma área que compreende cinco bairros da zona norte do município do Rio de Janeiro. Esse território conta com treze equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial.¹² Apesar de localizado na área em que mais se concentram equipamentos de cuidado por habitante no município e de ter havido, nos dois últimos anos, uma expansão de mais de 50% das equipes de unidades básicas de saúde no território, isso não é suficiente para garantir a articulação do cuidado compartilhado em rede.

Consequentemente, afirmar a prática de cuidado compartilhado na rede de atenção psicossocial em relação com os processos de produção de subjetividade implica, necessariamente, por em análise processos de trabalho longamente instituídos, o que nos compromete com outro modo de operar uma política que estamos denominando aqui, como já assinalamos, *política de aliança intensiva*.

O desafio da atual pesquisa-intervenção na rede de atenção psicossocial dessa nova área do município do Rio de Janeiro é interrogar: que sentido de política a supervisão clínico-institucional implica quando age como um agenciador de forças, e não de identidades? Melhor dizendo, que sentido de política se configura quando se faz operar uma política de alianças por meio de uma rede transversal que emerge a partir da abertura da dimensão intensiva das forças?

¹⁰ Gilles Deleuze (1998) afirma o acontecimento como uma fissura silenciosa, imperceptível, que ocorre na superfície. Nesse sentido, a fissura não é nem interior nem exterior, ela se acha na fronteira, insensível, incorporal ideal.

¹¹ Como dissemos, uma autora esteve no campo, e ambas na interlocução do pós-doutorado em Psicologia Social no Programa da Pós Graduação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

¹² Quatro Unidades Básicas de Saúde, dois Núcleos de Apoio de Saúde da Família (NSAF), um Ambulatório, uma Emergência Psiquiátrica, um CAPS II, um CAPS AD, um CAPSi, um Serviço Residencial Terapêutico e um Instituto Psiquiátrico.

A metodologia da pesquisa

Para dar seguimento a essa problematização, cumpre de início explicitar o que compreendemos como particularidade do dispositivo-supervisão, bem como o modo pelo qual o experimentamos no território como recurso metodológico para construir, orientar e gerir o cuidado em rede. O que é esse dispositivo? Qual o sentido de política que ele não só põe a funcionar, mas que, sobretudo, desloca, movimenta, amplia, expande, compõe?

A partir de Foucault (1975), Deleuze (1996) e Barros (1997), compreende-se o dispositivo por sua capacidade de irrupção naquilo que se encontra impedido de conexão, de agenciamento, 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 novas conexões. Essas funções imanentes ao dispositivo não estão dadas de saída, tornando-se necessário dispará-las, construí-las, ampliá-las; ou seja, pô-las a funcionar. Pensar o processo de supervisão como um dispositivo disparador de uma política de aliança intensiva nos convoca a considerar tanto os elementos heterogêneos de que esse dispositivo é composto quanto os seus efeitos em termos de processos de produção de subjetividade e de produção de saúde.

A supervisão clínico-institucional, denominada “supervisão de território” pela Rede de Atenção Psicossocial, tem sido realizada de maneira itinerante na área desde 1º de julho de 2012 até o presente momento. A cada encontro, que ocorre mensalmente, o trajeto do próximo é coletivamente definido. Há três anos no exercício da função nesse território, vários equipamentos da rede de atenção psicossocial¹³ bem como da rede intersetorial¹⁴ já foram percorridos.

A supervisão costuma acontecer na última segunda-feira de cada mês, das 14 às 16h30. Participam dela os equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial e da Rede Intersetorial. A supervisão de território é entendida como um dispositivo de discussão coletiva dos impasses e dificuldades experimentados no acompanhamento de casos clínicos vistos como de difícil resolutividade.

¹³ Unidades Básicas de Saúde, Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), Consultório na Rua, Ambulatório, Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades CAPSII, CAPSAD III, CAPSi, Serviços Residenciais Terapêuticos, Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, etc.

¹⁴ CRAS, CRES, professores do Proinape, diretores de Escolas do território, Associação de Moradores, Lonas Culturais, Conselho Distrital, Fórum Judiciário, etc.

Optamos, no presente artigo, por utilizar fragmentos do diário de campo como ferramenta que possibilite acessar o plano coletivo de forças, na medida em que a escrita desse diário está conectada diretamente com o que se passou em supervisão. Para Lourau (1993, p. 77), o diário nos permite o conhecimento da vivência cotidiana de campo (não o “como fazer” das normas, mas o “como foi feito” da prática). Tal conhecimento faculta compreender melhor as condições de produção da vida intelectual e evita a construção daquilo que se pode apelidar de “lado mágico” ou “ilusório” da pesquisa (fantasias em torno da cientificidade geradas pela “asséptica” leitura dos “resultados finais”).

A redação dos diários aqui apresentados ocorreu antes da ideia de usá-los na própria pesquisa. Nesse sentido, as situações descritas e o modo como as questões são apresentadas não estavam direcionados para uma produção acadêmica – foram considerados parte do processo de supervisão e funcionaram como plano de restituição¹⁵ da pesquisa.

A escrita do diário de campo acompanha ideias do filósofo Gilles Deleuze, para quem o intolerável se oferece como um bom motivo para se escrever: a função da escrita é, nesse caso, a de liberar-nos de um excesso. Servimo-nos desses excessos na medida em que eles puderam deslocar-nos de nós mesmos, fazendo passar, na escrita, o invisível da própria experiência. Em outras palavras, fazendo viver na escrita sua dimensão política, impessoal, afetiva, intensiva, pública e criativa, ou seja, o coletivo, a multiplicidade em nós.

A supervisão de território como dispositivo operador de uma política de aliança intensiva

Começamos a tecer uma nova política de aliança intensiva, ou seja, uma nova trama de relações de força no território (e, paralelamente, na interlocução de pós-doutorado). Nosso desafio foi descrever/intervir, acompanhar e criar efeitos-subjetividade nos modos de cuidar e de gerir o cuidado, cartografando a formação dos territórios existenciais¹⁶ presentes naquela nova paisagem.

¹⁵ Segundo Lourau (1993), a *restituição*, como conceito socioanalítico, supõe que se deva, e se possa, falar de algumas coisas que, em geral, são deixadas à sombra. Essas coisas seriam as comumente silenciadas, faladas apenas em corredores, cafés, ou na intimidade do casal. Novamente, para Lourau (1993), a restituição não significa confissão privada ou pública, como em situações religiosas, mas consiste em se centrar numa tarefa – a de análise coletiva da situação presente, no presente – em função das diversas implicações de cada um com e na situação. É um dispositivo relativamente aberto, mas não tão aberto quanto uma casa vazia com janelas quebradas e sem teto.

¹⁶ Gilles Deleuze e Félix Guattari (2002) pensam a noção de *território* como uma dimensão de passagens em que se potencializam as constituições das subjetividades.

Tudo era novo de novo... Iniciava mais um encontro de supervisão no território. Naquele dia, visitava pela primeira vez uma Unidade de Saúde da Família. Ao entrar no auditório, senti uma agitação que se expandiu, contagiando a todos, um por um. Parecia que todos aguardavam minha chegada. Fui recebida com um generoso sorriso da gerente da Unidade, que agradeceu a visita. A grande roda já estava formada. Todos aguardavam ansiosos e inquietos o início da supervisão. Percebi que num canto havia uma mesa forrada com uma toalha de renda branca contendo café, água, biscoitos de diversas qualidades, copos descartáveis e chá – sinais de uma ambiência acolhedora. Havia desejo de receber o dispositivo da supervisão com delicadeza e cuidado. Surpreendi-me com olhos que me fitavam com ar de interrogação, incerteza e angústia.

Iniciou-se o encontro com informes divulgados pelo grupo. Logo em seguida, passamos a montar a pauta de discussão. De repente, uma trabalhadora de uma das Unidades de Saúde da Família presentes pediu a palavra, emocionada, para pautar uma situação grave que ocorrera na Unidade. O usuário a quem denominarei aqui Sr. João era acompanhado pelo ambulatório de Saúde Mental há muitos anos. Naquele momento encontrava-se sem acompanhamento clínico e morava sozinho. Ao realizar uma visita domiciliar, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) constatou que o Sr. João havia quebrado tudo em casa. A vizinhança receava que ele ferisse alguém ou atentasse contra a própria vida. Recentemente, aparecera na Clínica de Saúde da Família com três receitas de remédios em uma das mãos e uma faca na outra, ameaçando “furar” quem tentasse se aproximar dele. Após esse episódio, ficou conhecido como “o homem da faca”.

Perguntamos que tipo de cuidado vinha sendo ofertado ao Sr. João pelo ambulatório: já havia passado pela emergência psiquiátrica ou por alguma internação em instituto psiquiátrico? Tivera outras crises que envolvessem heteroagressividade e autoagressividade? Que tipo de medicação vinha sendo prescrita? Havia uma rede de apoio em torno dele? Todas essas questões nos convocavam a estreitar o contato com a equipe do ambulatório para discutir o caso em conjunto. Tratava-se de um caso grave que poderia se tornar uma tragédia anunciada. Decidimos, coletivamente, que uma profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) entraria urgentemente em contato com a equipe de saúde mental do ambulatório. Era necessário conhecer a história clínica do usuário. Além disso, era urgente saber como o ambulatório vinha construindo uma rede de cuidado com o Sr. João, a fim de estabelecer estratégias compartilhadas de cuidado envolvendo outros equipamentos da rede de saúde do território.

Nesse momento, uma trabalhadora do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) que acompanhava o caso desabafou: “Já foram feitas várias tentativas de contato e discussão do caso com a equipe do ambulatório”; “O médico psiquiatra do Ambulatório, que acompanhava o Sr. João, se negou a discutir o caso coletivamente”; “O acesso ao prontuário do usuário também nos foi negado”. Surpreendentemente, outra trabalhadora de um dos equipamentos de saúde presentes afirmava que “o coletivo precisa se posicionar com relação a essa postura dos trabalhadores do ambulatório de não aceitar discutir o caso coletivamente nem acolher a orientação de construção do cuidado compartilhado em rede no território”. Uma gestora presente à supervisão interrogava: “Será que todo caso de que o ambulatório não der conta será encaminhado para os CAPS ou para emergência psiquiátrica e, na pior das hipóteses, terá como destino a enfermaria de crise do instituto psiquiátrico?” Quanto a tudo isso, convém ressaltar que antes da existência da Supervisão Territorial não existia abertura para a construção coletiva do cuidado, tampouco um momento específico disponível para que os trabalhadores pudessem pensar o funcionamento de seus processos de trabalho no território. Iniciava-se, paralelamente, a construção de um Fórum de Saúde Mental no território, que acontece uma vez por mês.

Naquele momento, foi combinado que a Assessoria da CAP¹⁷ seria acionada para ajudar na construção de comunicação transversal entre os trabalhadores do ambulatório e os dos outros equipamentos da rede. O caso do Sr. João disparou discussões que envolveram o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), os trabalhadores, direção do Ambulatório, gerência das Clínicas de Saúde da Família e a direção do CAPS II. Mas, apesar da tentativa de discussão e articulação entre os equipamentos da área, infelizmente, na supervisão seguinte, a notícia foi de que o Sr. João cometera suicídio.

Questionamos: será que a discussão e construção coletiva sobre esse caso clínico não faz aparecer o funcionamento da rede de atenção psicossocial como “um caso” a ser também posto em análise? Será que não temos o duplo desafio de, por um lado, discutir “os casos” trazidos pelos gestores e trabalhadores da rede e, por outro, de por em análise o funcionamento da própria rede de atenção psicossocial como “caso” a ser também cuidado?

Cabe interrogar, decerto, onde se situa o fracasso da política pública de atenção psicossocial no território. Suicídios são sempre passíveis de acontecer, é claro, mas há algo, aqui, que vai além da gravidade da crise protagonizada pelo Sr. João, fazendo emergir outro

¹⁷ Coordenação da Área Programática do Território.

sentido para a palavra crise. O sentido de crise que queremos ressaltar é efeito de processo de fragmentação e de desarticulação entre trabalhadores e gestores da rede de atenção psicossocial (RAPS), que acaba criando um efeito de *revolving door*.¹⁸

Percebíamos que os trabalhadores e direção do ambulatório tinham dificuldade de se comunicar, de discutir o caso coletivamente e de gerar estratégias compartilhadas de cuidado com outros equipamentos da rede. Forjavam-se, com isso, modos de produzir e de gerir a saúde burocráticos, fragmentados, fechados, frágeis e empobrecidos, que perpetuavam a relação manicomial, expandindo-a capilarmente pelo território.

Chamava-nos a atenção, em acréscimo, que o ambulatório fosse visto pela rede de atenção psicossocial, e especificamente pelos equipamentos do território, como um serviço de baixa resolutividade, com um cuidado fragmentado, fechado ao atendimento dos usuários e indiferente às dificuldades enfrentadas na/pela rede. Interrogávamo-nos por que a direção e os trabalhadores do ambulatório não participavam das supervisões de território nem aceitavam construir coletivamente o cuidado com outros serviços, mantendo-se afastados das discussões que envolviam construção e orientação coletivas do cuidado. Quando, bem raramente, esses trabalhadores se encontravam presentes, afirmavam que a porta de entrada do ambulatório estava acontecendo normalmente, que os usuários estavam sendo prontamente atendidos e que, portanto, não fazia sentido discutir os casos nem partilhar a construção e orientação do cuidado com os outros equipamentos.

Via-se, no entanto, algo bem diverso: o que aparecia nas supervisões de território por meio das discussões coletivas era que muitos casos considerados de média complexidade tornavam-se, como afirmavam os trabalhadores dos outros equipamentos, “casos em acolhimento intensivo à crise”. Ou seja, “casos que, por fragilidade no atendimento, necessitavam da intensividade do cuidado frequentemente ofertado por outros equipamentos da rede, por exemplo, o CAPS II, a Emergência Psiquiátrica e a enfermaria de agudos do instituto psiquiátrico. Outra gestora presente às supervisões insistia que existiam “casos

¹⁸ *Revolving door* é uma expressão inglesa que designa um fenômeno estudado desde a década de 1960. Não anteriormente previsto, surgiu como consequência da mudança do modelo hospitalocêntrico para o dos diversos serviços em rede (ROTELLI; LEONARDI; MAURI, 2001). A expressão pode ser traduzida para o português como *porta giratória*. A metáfora é bem colocada, no sentido de as portas giratórias regular o entra e sai de pessoas em edifícios com grande número de usuários como bancos, hotéis, hospitais, em especial nos momentos de pico, tanto por motivo de segurança e controle do fluxo como para evitar a entrada de ar frio e saída do quente, no inverno rigoroso dos países do hemisfério norte. A comparação para por aí e contém uma ironia, pois os equipamentos de saúde são locais que além de regular o entra e sai de pacientes precisam tratá-los para que não retornem novamente.

análogos ao do Sr. João e corria-se o risco de permanecer apagando incêndios em situações prestes a explodir que pipocavam nas supervisões de território”.

A pergunta que sempre retornava nessas supervisões, por intermédio dos trabalhadores dos CAPS, era: “os CAPS podem responsabilizar-se sozinhos por essa clientela que, a princípio, não necessita da intensividade e complexidade de um CAPS, mas que, em função da fragilidade do atendimento no ambulatório, acaba precisando de um aumento na intensividade do cuidado?” Por outro lado, as equipes das unidades básicas de saúde da família interrogavam: “Temos que nos responsabilizar por esse nível de complexidade em saúde mental sem compartilhar o cuidado com um ambulatório, ou com um CAPS, ou com uma emergência?” Questões como essas nos forçavam a experimentar um risco anunciado por uma das gestoras presentes: “outros usuários de média complexidade já estão se tornando casos agudos” e “o que fazer para garantir o acesso do cuidado a esses casos de média complexidade no ambulatório?”

Tais questionamentos não apenas geravam impasses, angústias, descrenças e muita reatividade em relação ao cuidado produzido pelo ambulatório, mas, sobretudo, confirmavam uma intuição da dificuldade apresentada pelos trabalhadores e pela própria gestão do ambulatório de colocar em análise seus processos de trabalho. Nas supervisões, preocupávamos a dicotomia que o coletivo experimentava diante das questões que diziam respeito ao funcionamento do ambulatório. Por outro lado, os trabalhadores do ambulatório, por se sentirem “perseguidos” pelos outros equipamentos de saúde da rede de atenção psicossocial, respondiam com agressividade e reatividade a qualquer possibilidade de discussão com esses equipamentos.

A complexidade que enfrentávamos para a transversalização do cuidado indicava a necessidade de uma transformação nos modos de atenção/gestão do cuidado do ambulatório de saúde mental e na relação deste com os outros equipamentos da rede de atenção psicossocial. Foi construída, assim, uma rede de encontros e discussões, forçando articulações entre diferentes planos da atenção e da gestão da rede de saúde; forçando-nos, no limite, a por em ação um plano de comunicações transversais que agiu como tecedura de uma política de aliança intensiva na rede de atenção psicossocial.

A supervisão apoiou reuniões e discussões que envolveram: a direção e trabalhadores do Ambulatório, o CAPS II, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), a coordenação do Nasf, a assessoria da CAP, a assessoria da RAPS Zona Norte para os ambulatórios e a

gerência da RAPS.¹⁹ Tínhamos o desafio de apoiar uma transformação na assistência do Ambulatório de Saúde mental, à qual não poderíamos nos furtar.

Nos encontros de supervisão que tivemos, separadamente, com os trabalhadores e gestão do Ambulatório, acolhemos a dificuldade que emergia a partir do afeto dos primeiros, que sempre repetiam: “Não dá para discutir os casos, muito menos participar da supervisão”; “somos uma equipe pobre composta por uma assistente social e dois psicólogos e dois psiquiatras para acolher todo o território”.

Percebíamos que a orientação da CAP de que os trabalhadores do Ambulatório participassem da supervisão de território gerava muita tensão, insatisfação e resistência. Além disso, esses trabalhadores tomavam a necessidade de participação como mais um ônus com o qual teriam de arcar. Foi preciso, muitas vezes, escutar/acolher uma agressividade dirigida à própria supervisão. Questionavam: “qual o sentido da supervisão território?”; “não faz sentido discutir o trabalho, sabemos que nada vai mudar a realidade do nosso trabalho”; “a equipe vai continuar pobre e sem recursos”; “todos só fazem nos cobrar e nos criticar, mas nada fazem para ajudar”. Esses encontros produziram abertura para a criação de outros, que envolveram a assessoria da CAP e a assessoria da RAPS Zona Norte para os Ambulatórios.

Após quatro meses de supervisão com a Assessoria da CAP, a gestão e os trabalhadores do Ambulatório, e a assessoria da RAPS Zona Norte para o ambulatório, a gestão da CAP decidiu apoiar a contratação de um novo psicólogo, uma terapeuta ocupacional, três psiquiatras e um coordenador clínico. Além disso, resolveu apoiar a entrada de trabalhadores residentes vindos da Residência Multiprofissional do IPUB para compor a equipe. Ao mesmo tempo, as discussões com os trabalhadores e gestores apontavam a necessidade de um estudo sobre a clientela atendida no ambulatório.

Durante a primeira reunião de supervisão com a assessoria da CAP, a direção e os trabalhadores do Ambulatório, chamou a atenção ouvir o seguinte dos trabalhadores: “já realizamos há muito tempo tudo o que estão nos propondo”. Referiam-se ao ambulatório como “lá em casa”, e diziam: “Não vemos sentido para uma reunião de equipe, muito menos de supervisão dos processos de trabalho”.

Nesse sentido, tais encontros nos levaram a concluir que o desafio da CAP era o de intervir na organização da equipe de modo a qualificar o cuidado em saúde mental. Naquele momento, cada profissional trabalhava em um dia da semana diferente; logo, não discutiam

¹⁹ RAPS – Rede de Atenção Psicossocial. Atualmente, o Município do Rio de Janeiro/RJ encontra-se dividido em três RAPS: RAPS Zona Sul, RAPS Zona Norte e RAPS Zona Oeste.

seus processos de trabalho. Tudo isso fomentava um funcionamento burocrático que, por sua vez, produzia uma série de mal-entendidos entre usuários, trabalhadores e direção do Ambulatório.

Ainda nos encontros de supervisão com a direção e trabalhadores do Ambulatório, apareceu uma cultura de medicalização que fora construída por anos a fio: não se valorizava o trabalho com grupos; logo, não se pensava em criar um espaço para o trabalho clínico-grupal; sobretudo, não se conhecia o perfil da clientela assistida pelo serviço. Cabe ressaltar que esse funcionamento não foi, em nenhum momento, compreendido como específico da área de saúde mental, sequer do Ambulatório de saúde mental, dizendo, sim, respeito a um modo de produção e organização dos processos de trabalho que possui efeitos-subjetividade: baixo coeficiente comunicacional entre a equipe de trabalhadores (psiquiatras, psicólogos, assistente social) e a direção do Ambulatório; entre a direção do Ambulatório e a assessoria da CAP; entre o Ambulatório (trabalhadores e gestão) e os outros equipamentos da rede de atenção psicossocial do território.

Em meio a resistências, dificuldades e boicotes, aproximamo-nos dos trabalhadores do ambulatório, ariscando-nos a por em análise a relação manicomial, entendendo que esta pode persistir, a despeito da reforma psiquiátrica, como modo de pôr-se em relação, de sentir, de compreender, de perceber – circunstância que nos levou a compreender a necessidade de preservar a supervisão. Não podíamos mais, no entanto, estar à frente da transformação dos processos de trabalho no ambulatório, sendo preciso, por outro lado, preservar a supervisão de território como uma função coletiva. Por isso, decidimos que a supervisão se afastaria do ambulatório e a assessoria dos ambulatórios é que continuaria, dali por diante, a apoiar as transformações nos processos de trabalho daquele espaço. Convém frisar, em acréscimo, que não coube à supervisão, em hipótese alguma, fazer julgamentos ou correções quanto aos processos de trabalho do ambulatório, mas acompanhar os novos desafios e exigências que se expressavam por meio das dificuldades experimentadas pela atenção e gestão.

Em dezembro de 2014, foi contratada uma coordenação clínica para o ambulatório, que aceitou, com a equipe, o desafio de reorganizar os processos de trabalho. O primeiro passo da coordenação clínica foi, é claro, tentar conhecer esses processos.

A coordenação clínica, por sua vez, começou a fazer parte das supervisões de território, com uma encomenda de que supervisionássemos seu próprio exercício. A encomenda foi aceita, o que redundou no acompanhamento dos processos de trabalho do ambulatório por meio de tal supervisão.

Constatamos, conforme antes assinalado, que os trabalhadores do ambulatório trabalhavam individualmente, cada um em sua sala. Porém a coordenação clínica vem relatando, nas supervisões de território, que tem sido possível discutir alguns casos com os trabalhadores. Além disso, foi instituída, em concordância com os trabalhadores e gestão, uma reunião quinzenal com os trabalhadores da equipe de saúde mental e gestão para discutir coletivamente os processos de trabalho.

Essa experiência vem produzindo contágios nos processos de trabalho, agora mais partilhados. A coordenação clínica relata que a própria equipe afirma que “os dias estão mais leves” e acrescenta: “eles agora conseguem sorrir para mim e me agradecem”.

O segundo passo da coordenação clínica foi, a partir de março de 2015, reorganizar a porta de entrada. Os trabalhadores que nela atuavam estavam esgotados, o que, sem dúvida, se refletia nos modos de atuação. Hoje, todos os trabalhadores da unidade (uma assistente social, três psicólogas, uma terapeuta ocupacional e cinco psiquiatras) participam do grupo de recepção.

O terceiro passo da coordenação clínica aconteceu quando os profissionais, direção e coordenação clínica do ambulatório decidiram começar um trabalho de pesquisa com os prontuários dos usuários. A esse respeito, afirma a coordenação clínica: “Eles agora desejam conhecer quem são os pacientes do ambulatório, qual o seu perfil”; “não interessam apenas os números de prontuário, mas seus nomes, onde moram e como moram”; e também “qual a unidade básica de referência de cada usuário”. O desafio da coordenação clínica, com a equipe de trabalhadores e direção do Ambulatório, portanto, é fazer uma cartografia dos modos de viver, adoecer e sofrer naquele território atendido pelo Ambulatório.

A equipe do ambulatório decidiu coletivamente pela organização de um banco de dados dos atendimentos de primeira vez, bem como dos atendimentos diários. Com isso, está sendo possível para os trabalhadores, coordenação clínica e gestão traçar não só um perfil dos usuários que chegam ao ambulatório, como também estabelecer o volume de atendimentos por mês, conseguindo, inclusive, medir o tempo entre consultas. Estão na metade da organização do banco de dados. Já possuem 1.000 pacientes cadastrados, em sua maioria mulheres entre 30 e 50 anos de idade.

Nas reuniões de equipe, também decidiram coletivamente apostar na experimentação: criaram um grupo de artesanato com mulheres jovens que demandam inserção no mercado de trabalho, a ser coordenado pela terapeuta ocupacional. Tais usuárias frequentam há muitos anos o atendimento de psiquiatria em busca de ansiolíticos e antidepressivos.

Considerações finais

Esta experiência vem nos ensinando que criar novas políticas de subjetivação na atenção psicossocial implica apostar na supervisão clínico-institucional como disparador de uma política de aliança intensiva, ou seja, apostar na instauração de um dispositivo agenciador de forças que coloque em questão as identidades, os especialismos, as interioridades, as linhas de poder e a forma de agenciamento entre usuários trabalhadores e gestores. Melhor dizendo, cumpre, para tanto, apostar em agenciamentos, conexões, comunicações, articulações, pactuações e contágios heterogêneos, produzindo, com isso, movimentos de diferenciação contínua a partir de um plano coletivo de forças nos modos de atenção ao cuidado e gestão desse mesmo cuidado.

Nessa linha, o supervisor é um agenciador, um produtor de deslocamentos intensivos; um construtor de redes afetivas, redes intensivas, redes públicas e redes criativas e agenciamentos que aumentam a potência de sentir, de pensar, de agir e de diferir. Tais redes consistem em redes de humanidades, redes de gestores, redes de trabalhadores, redes de usuários, redes de serviços e redes de dispositivos intersetoriais. O supervisor, portanto, pode ser visto como construtor de novas políticas de subjetivação e de novas políticas de saúde na rede de atenção psicossocial e, por que não dizer, um construtor de novas redes que afirmam a defesa de toda e qualquer vida.

Referências

BARROS, R. B. Dispositivos em ação: o grupo. In: SILVA, A. do E. et al. (Orgs.). *Saúde loucura: subjetividade. Questões contemporâneas*. São Paulo: Hucitec, 1997.

DELEUZE, G. O que é um dispositivo? In: *O mistério de Ariana*. Lisboa: Vega, 1996.

_____. *Conversações*. Rio de Janeiro: 34, 1992.

_____. *Lógica do Sentido*. São Paulo: Perspectiva, 1998.

DELEUZE, G.; PARNET, C. *Diálogos*. São Paulo: Escuta, 1988.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. v. 1. Rio de Janeiro: 34, 1995.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. v. 4. Rio de Janeiro: 34, 1997a.

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

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 1975.

GUATTARI, F. *Psicanálise e transversalidade: ensaios de análise institucional*. Aparecida: Idéias & Letras, 2004.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In: NICÁCIO, F. (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2001.

LOURAU, R. *Análise institucional e práticas de pesquisa*. Rio de Janeiro: NAPE/UERJ, 1993.

KASTRUP V.; BENEVIDES. R. Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia. In: PASSOS, E; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009.

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), 2006.

OLIVEIRA, J. A. M. *Efeitos transversais da supervisão clínico-institucional na rede de saúde mental*. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense (UFF), 2012.

OLIVEIRA, J. A. M.; PASSOS, E. H. Efeitos transversais da supervisão clínico-institucional na rede de atenção psicossocial. *Cadernos do Humaniza SUS*, v. 5, p. 147-161, 2015.

_____. Efeitos transversais da supervisão clínico-institucional na rede de atenção psicossocial. *Polis e Psique*, v. 2, p. 171-187, 2012.

_____. Novos perigos pós-desospitalização: controle a céu aberto nas práticas de atenção em saúde mental. In: *Conexões. Saúde coletiva e políticas de subjetividade*. São Paulo: Hucitec, 2009, v.1

_____. A Implicação de Serviços de Saúde Mental no Processo de Desinstitucionalização da Loucura em Sergipe: Um problema clínico político. *Vivência - Subjetividade e Práticas Institucionais*, p. 250-275, 2007.

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

RODRIGUES, H. B. C. Notas sobre o paradigma institucionalista: preâmbulo político-conceitual às aventuras históricas de “sócios” e “esquizes” no Rio de Janeiro. *Transversões – ESSO-UFRJ*, v. 1, n. 1, 1999.