

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Programa de Pós-Graduação de Enfermagem



Dissertação

**Cartografando (en)(con)tros na atenção psicossocial:  
engendrando redes de trabalho afetivo na gestão**

**Gimene Cardozo Braga**

**Pelotas, 2012**

**GIMENE CARDOZO BRAGA**

**Cartografando (en)(con)tros na atenção psicossocial:**  
engendrando redes de trabalho afetivo na gestão

Dissertação apresentada ao Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem (área de concentração: Práticas Sociais Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Práticas de Gestão, Educação, Enfermagem e Saúde) da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial da obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientador: Valéria Cristina Christello Coimbra

Pelotas, 2012

## Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

B813c Braga, Gimene Cardozo

Cartografando (en) (con) tros na atenção psicossocial:  
engendrando redes de trabalho afetivo na gestão / Gimene Cardozo  
Braga, 2012.  
125 f.; Il.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de  
Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2012. Orientação:  
Valéria Cristina Christello Coimbra.

1. Enfermagem. 2. Saúde mental. 3. Cartografia. 4. Trabalho  
afetivo. 5. Gestores. I. Título.

CDD: 610.7368

## **Folha de Aprovação**

**Autora: Gimene Cardozo Braga**

**Título: Cartografando (en)(con)tros na atenção psicossocial: engendrando redes de trabalho afetivo na gestão**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas para obtenção do título de Mestre em Ciências: Área de Concentração Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde**

**Aprovado em:**

**Banca Examinadora:**

---

**Valéria Cristina Christello Coimbra (Presidente)**  
**Universidade Federal de Pelotas**

---

**Vanda Maria da Rosa Jardim (Suplente)**  
**Universidade Federal de Pelotas**

---

**Ricardo Rodrigues Teixeira (Titular)**  
**Universidade de São Paulo**

---

**Michele Mandagará Oliveira (Suplente)**  
**Universidade Federal de Pelotas**

---

**Luciane Prado Kantorski (Titular)**  
**Universidade Federal de Pelotas**

## **Agradecimentos**

É chegada a hora de agradecer para abrir caminho ao que me atravessa aos meus afetos, aos que me auxiliaram nesta caminhada.

Agradeço a **Divina Presença** que está em tudo e tudo produz em potência.

**Aos meus pais, Rosane e João Francisco**, por terem me oportunizado a experiência do estudo, pelo apoio incondicional e amor que me fortalecem e possibilitam que eu atinja mais uma etapa em minha vida. Aos meus irmãos, **Peter** e **Giane**, pelo acolhimento, apoio e por tornarem minha infância mais alegre.

Muito Obrigada a **Soely, Dóris e Débora** pela acolhida, pelo conforto e apoio. Diante de tantas mudanças vocês estiveram sempre a postos.

Ao **Sidnei**, por ser um encontro em potência, por me incentivar e fortalecer a cada nova escolha. Obrigada pela compreensão e o apoio nos momentos difíceis, por estar sempre presente, por ser meu norte, minha Terra. Que nossa vida cigana continue fortalecida e cheia de alegrias, junto com a Pandora e o Spinoza.

Agradeço a minha orientadora, **Valéria Cristina Christello Coimbra**, por indicar outras leituras, novos “ares”, e por me apresentar um novo mundo investigativo. Obrigada pelos bons momentos, por confiar a mim a difícil tarefa e adentrar no mundo da filosofia e da cartografia.

Agradeço a professora **Luciane Prado Kantorski**, por ser um exemplo de caráter, dignidade, respeito e convívio com as diferenças. Que nossos caminhos ainda possam se cruzar, das mais variadas formas possíveis. Muito Obrigada pelos bons encontros.

Agradeço ao professor **Ricardo Rodrigues Teixeira**, pela sensibilidade e afetividade com que conduziu nossos encontros, tão reais, ao mesmo tempo, virtuais. Obrigada pelo tempo despendido, pela compreensão, pelos valiosos ensinamentos.

À professora **Vanda Maria da Rosa Jardim**, que sempre trouxe grandes ensinamentos. Obrigada pelos momentos de escuta, pelo apoio e carinho.

Professora **Michele Mandagará de Oliveira**, foi um prazer te conhecer. Agradeço a colaboração, o apoio e a amizade neste momento de construção.

Agradeço ao **Grupo de Pesquisa Saúde Mental e Coletiva**, pelo aprendizado, pelo afeto e apoio nessa caminhada. Poderia chamar de “Grande Encontro Mentaleiro”. Vocês vivem em potência. Um grupo cada vez maior, e que já está cheio de “carinhas novas”. Um agradecimento especial para **Roberta, Milena e a professora Valquíria**, por fazer da vivência do campo um encontro de puro aprendizado.

A todos os colegas de turma, **Jandro, Cândida, Fabieli, Josiane, Carla, Caroline, Fernanda, Francine, Gabriela, Gabriele, Lilian, Michele, Patrícia, Renata e Viviane**. Obrigada pelos encontros reflexivos e construção conjunta do conhecimento.

À professora **Rita Maria Heck, Coordenadora do Programa de Pós-Graduação**, pelo apoio, pela sinceridade, pelo carinho e compreensão.

À **Cissa**, minha amiga de outros carnavais, outras fantasias e outros vendavais. Muito Obrigada por me contagiar com sua força pulsante, sua energia. Que nossos encontros continuem se renovando em alegria.

À **Márcia e à Dani**, guerreiras, excelentes acolhedoras. A vocês minhas amigas um muito obrigado especial. Ficamos pouco tempo juntas, mas foram tempos de intensidades mil. Adoro ter vocês em minha vida.

Agradeço a **Silvane, ao Márcio, a Marília e a Celina**, por me fazerem rir muito, pela alegria de viver, pelo amparo, carinho e escuta; e **a Juciléia**, pela tranquilidade e segurança que transmite. Foi muito bom estar em Porto Alegre com vocês.

A minha amiga **Adrize**, pelas inúmeras discussões, sinceras e afetivas, que foram compondo nossa amizade, recheada de encontros que me ensinaram muito. Obrigada pelos encontros “on line” e presenciais. Você faz sentido quando penso nos meus “encontros ricos em potência”.

À **Nadir e ao Hugo**, pela hospitalidade, apoio e afetividade. Vocês foram maravilhosos e imprescindíveis.

**Aos profissionais da unidade de internação psiquiátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**, pelo amparo, cuidado e amizade no momento em que estive com vocês.

**Aos professores e alunos da Faculdade de Enfermagem da UFPel**, co-produtores de minha formação docente.

**À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES** –, pela disponibilização da Bolsa de Mestrado.

**Aos Gestores, Trabalhadores em saúde mental e Moradores do SRT de Alegrete/RS**, que nos apresentam a cada encontro as inúmeras potências e nos mostram em cada novo encontro produzido com a loucura que todos podemos ser felizes e conviver em liberdade.

A verdadeira cidade propõe aos cidadãos o amor da liberdade de preferência à esperança das recompensas ou mesmo a segurança dos bens; pois “é aos escravos, não aos homens livres que damos recompensas por boa conduta” (DELEUZE, 2002, 32).

## Resumo

**BRAGA, G. C. Cartografando (en)(con)tros na atenção psicossocial: engendrando redes de trabalho afetivo na gestão.** 2012. 125f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

Este estudo analisou as redes de trabalho afetivo de gestores no âmbito da atenção psicossocial. Configurou-se em uma pesquisa de abordagem qualitativa, cartográfica de análise de redes de trabalho afetivo de gestores de serviços de saúde de um município do interior do Rio Grande do Sul. Os dados foram coletados em maio de 2010 por meio de observação, registros em diário de campo e entrevistas. Na construção cartográfica, optou-se pela criação de duas cenas. A primeira foi “Os Espaços de Gestão Colegiados: a produção SAIS da Casa e o Colegiado Gestor”; são espaços de encontros “entre” os gestores de saúde do município onde são produzidos encontros de primeiro, segundo e terceiro gênero. Há uma produção de cuidado no âmbito da liberdade de forma a produzir modificações potentes na atenção psicossocial. Já na segunda cena: A judicialização e a atenção psicossocial (co)produção de encontros. Os encontros presenciados são constituídos “entre” os gestores da rede referentes à saúde, e “com” outras esferas de poder, o judiciário. Esse movimento permite acolher o diferente e produzir ações diversificadas, engendrando uma rede de trabalho afetivo que é capaz de produzir outras redes. Entende-se esse movimento para a linha de fuga de construção de redes, como um movimento possível pela experiência produzida por encontros anteriores, entre os gestores de saúde, pois essa rede requer uma fissura ainda maior do que aquela composta pelos mesmos, uma vez que requer aproximar-se do outro, estabelecer encontros de primeira e segunda ordem, estabelecer zonas de comunidade capazes de gerar uma produção de cuidado, diferente e resolutiva. Essa experimentação cartográfica levou a conhecer gestores motivados, criativos, militantes, que já constituíram esses serviços de saúde mental em outros momentos de suas vidas como trabalhadores, que compõem e fazem parte dos movimentos políticos e sociais da cidade de forma a (re)criar movimentos constantes de ruptura/captura, desterritorialização/reterritorialização que potencializam o modo de atenção psicossocial por meio de uma construção de subjetividades coletivas. Contudo, mudanças necessitam ser feitas, e essas mudanças dependerão da capacidade dessas redes se manterem flexíveis, e vibráteis na reflexão e na construção coletiva desses gestores. Trata-se de acolher o caos, a diferença e assumir a complexidade de reconhecer e explorar no outro tantas potências quanto em nós mesmos; é potencializar-se mutuamente por meio das redes de trabalho afetiva.

Palavras chaves: cartografia, saúde mental, gestores, rede e trabalho afetivo.

### ***Abstract***

BRAGA, G. C. **Cartography of meetings in psychosocial attention: engendering affectionate networks in management**. 2012. 125p. Dissertation (Master Course). Pos Graduation department in nursin. College of Nursing, Federal University of Pelotas, Pelotas.

This study analyzed the affectionate networks of managers within psychosocial attention. It was a qualitative research, cartography of analysis of affectionate networks of managers of the health services in a city of Rio Grande do Sul. Data were collected in May 2010 through observation, field diary records and interviews. In the cartographic construction we chose to create two scenes. The first scene was "Spaces of collegiate management: the SAIS production of the house and the Collegiate Manager" are meeting spaces "between" health manager of the city where are produced meetings of first, second and third gender. There is a production of care under the freedom to produce powerful changes in psychosocial care. In the second scene: "The legalization and psychosocial care production meetings". The meetings are constituted "between" network managers concerning health, and "with" other spheres of power, the judiciary. This movement allows receive the different and produce diversified actions engendering an affectionate network that is able to produce other networks. It is understood, this movement to the line of flight, of networks building, such as a possible movement produced by the experience by previous meetings, between health managers, as this network requires an even greater rift than that composed by the same, because it requires approximate to the other, to establish meeting of first and second order, to establish community zones capable to produce care, different and resolute. This cartographic experimentation led to know motivated managers, creative, militants, who have constituted these mental health services at other times in their lives as workers, and that makes up part of the political and social movements of the city in order to recreate constant movements of rupture/capture, deterritorialization/ reterritorialization that potentize the psychosocial care through a construction of collective subjectivities. However, changes need to be made, and these changes depend on the ability of these networks remain flexible, and vibrant in the reflection and in the collective construction of these managers. It is about embracing the chaos and the difference and takes the complexity, to recognize and exploit in the other so many powers so as to ourselves, is to empower mutually ourselves through affectionate networks.

Keywords: cartography, mental health, managers, network and affective labor.

## **Lista de Figuras**

|                                              |    |
|----------------------------------------------|----|
| Figura 1 Círculo Hermenêutico Dialético..... | 76 |
|----------------------------------------------|----|

## **Listas de Siglas**

Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPS ad  
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas 24 horas – CAPS ad III  
Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Juventude - CAPSi  
Centro de Estudos Brasileiro em Saúde Mental - CEBES  
Construção do primeiro entrevistado - C1  
Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES  
Conselho Federal de Enfermagem - COFEN  
Composição Técnica do Trabalho - CTT  
Divisão Nacional de Saúde Mental - DINSAM  
I Conferência de Saúde Mental - I CNSM  
Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupo e Instituições - IBRAPSI  
Escala de avaliação de autonomia - Independent Living Skills Survey - ILSS  
Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental - MTSM  
Partido dos Trabalhadores - PT  
Respondente 1 - R1  
Respondente 2 - R2  
Rio Grande do Sul - RS  
Serviço de Atenção Integral de Saúde Mental da Santa Casa – SAIS da Casa  
Serviço de Atenção Integral de Saúde Mental - SAISMENTAL  
Escala de Comportamento Social - Social Behaviour Schedule - SBS  
Seminário Internacional de Saúde Mental e Coletiva - SISMEC  
Serviço Residencial Terapêutico - SRT  
Questionário de Suporte Social - Social Support Questionnaire - SSQ  
Sistema Único de Saúde - SUS  
Universidade Estadual do Rio Grande do Sul - UERGS  
Fundo das Nações Unidas - UNICEF  
Universidade Federal do Pampa - UNIPAMPA  
Universidade da Região da Campanha – URCAMP

## Sumário

|            |                                                                                                                                   |            |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|            | <b>Apresentação.....</b>                                                                                                          | <b>12</b>  |
| <b>1</b>   | <b>Revisitando outras produções: uma forma de delinear o objeto de estudo.....</b>                                                | <b>16</b>  |
| <b>2</b>   | <b>Objetivos.....</b>                                                                                                             | <b>38</b>  |
| <b>2.1</b> | <b>Objetivo geral.....</b>                                                                                                        | <b>38</b>  |
| <b>2.2</b> | <b>Objetivos específicos.....</b>                                                                                                 | <b>38</b>  |
| <b>3</b>   | <b>Abordagem teórica.....</b>                                                                                                     | <b>39</b>  |
| <b>3.1</b> | <b>Spinoza e a saúde: afetos e afecções no modo psicossocial engendrando uma rede de trabalho afetivo por entre gestores.....</b> | <b>39</b>  |
| <b>3.2</b> | <b>Os encontros e a Microfísica do vínculo: uma forma de engendrar redes de trabalho afetivo de gestores.....</b>                 | <b>56</b>  |
| <b>4</b>   | <b>Percurso metodológico.....</b>                                                                                                 | <b>66</b>  |
| <b>4.1</b> | <b>A Cidade de Alegrete e seus movimentos na saúde mental .....</b>                                                               | <b>69</b>  |
| <b>4.2</b> | <b>Experienciando o campo .....</b>                                                                                               | <b>74</b>  |
| <b>4.3</b> | <b>Princípios éticos.....</b>                                                                                                     | <b>80</b>  |
| <b>4.4</b> | <b>Análise e produção dos dados .....</b>                                                                                         | <b>81</b>  |
| <b>5.</b>  | <b>Criando cenas: uma produção de si e do mundo.....</b>                                                                          | <b>84</b>  |
| <b>5.1</b> | <b>Os espaços de gestão colegiados: a produção SAIS da Casa e o Colegiado Gestor .....</b>                                        | <b>85</b>  |
| <b>5.2</b> | <b>A judicialização e a atenção psicossocial (co)produção de encontros.....</b>                                                   | <b>97</b>  |
| <b>6</b>   | <b>Considerações.....</b>                                                                                                         | <b>108</b> |
|            | <b>Referências.....</b>                                                                                                           | <b>112</b> |
|            | <b>Apêndices.....</b>                                                                                                             | <b>118</b> |
|            | <b>Anexos.....</b>                                                                                                                | <b>121</b> |

## Apresentação

Apresento este estudo como um espaço de encontros, uma vez que não foi produzido por uma única pessoa, e sim por várias. Várias existentes em mim; várias outras que o compuseram e vivenciaram o que será aqui relatado; várias que auxiliaram o processo de produção deste trabalho.

Este estudo é uma cartografia de (en)(con)tros; uma homenagem àqueles que estiveram “em” produção de um modo de atenção em saúde mental; um modo de atenção “em” liberdade. Um modo presente “em” mim e “em” tantos outros; um modo de atenção psicossocial.

(En)(con)tros. **“Em e com outros”**, pois neste caminho não se produz somente “em” ou “naquele” lugar, mas “com”, “com pessoas”, “com vários” que abriram brechas no tempo, travaram lutas, movimentaram-se “com”, com outros tantos que foram capazes de engendrar uma política de saúde mental não somente “para aqueles” que usufruem dela, mas juntamente “com eles”, com a participação social.

Um estudo de “(en)(con)tros” que foram capazes de produzir novos encontros, diferentes arranjos e redes. A produção de um trabalho em saúde, um trabalho afetivo, um trabalho “entre” pessoas. Um movimento de pessoas que juntas são capazes de afetar, estimular, incentivar e cativar outras tantas. Um encontro com um modo de trabalho, um modo de gestão em saúde, uma rede de trabalho em saúde, uma rede de trabalho afetivo “em”, “entre” e “com” o modo de atenção psicossocial.

O “entre” não está localizado em um movimento que vai de um para outro, e sim em sua transversalidade; um movimento que carrega “uma e outra”, como “um riacho sem início nem fim, que rói suas duas margens e adquire velocidade no meio” (DELEUZE, 2009, p 37).

Esses encontros foram e são permeados de afetos; são momentos, *afecções*. Encontros que produzem um trabalho em saúde, um fazer que produzirá novos encontros, que estará permeado de tantos outros, como uma trama, uma teia que se produz cotidianamente, a cada novo encontro. Entendo, assim, que os encontros são permeados pelos “*afectos*”, uma vez que esses fazem parte da percepção que temos daquilo que nos afeta e daquilo pelo qual nos deixamos afetar.

São por meio dos afectos e do (re)conhecimento que temos deles, de nossas escolhas, que podemos ser livres (SPINOZA, 2005).

Para Spinoza (2005), adquirimos a liberdade quando somos capazes de perceber racional e emocionalmente nossas escolhas; quando (re)conhecemos dentro de nós mesmos aquilo que nos movimenta no mundo, pois para ele só assim teríamos de fato a liberdade de escolher o melhor caminho. No entanto, pouco o homem conhece de suas escolhas.

Falar em Spinoza e no encontro com ele neste estudo é construir um espaço que permite o encontro com o diferente, que (re)conhece nas pessoas suas singularidades e possibilita pensar um mundo por meio de relações que se estabelecem pela cooperação e aceitação das diferenças.

Foi para estudos em saúde mental que dediquei boa parte de minha formação acadêmica. Na graduação, quando ingressei em 2003, o envolvimento com o movimento antimanicomial e a inserção no Diretório Acadêmico Ana Nery despertaram o meu desejo de luta por espaços do coletivo, de garantia de direitos e relações de inclusão.

Naquela época, o Brasil encontrava-se em um momento político importante para a construção da política de saúde mental com o aumento de financiamento em pesquisas que retratavam a influência da Reforma Psiquiátrica e a expansão do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no país, ao mesmo tempo em que se aprovavam leis e portarias que permitiam fortalecer o modo de atenção psicossocial.

Contudo, estamos diante de um paradoxo: dois modos de atenção à loucura que coexistem no país onde circundam diferentes afectos, atores com distintas visões, construídas por um processo histórico que se inspirou em uma mudança paradigmática da psiquiatria no mundo. O modo asilar, onde habita o espaço do manicômio, suas relações servis, de clausura e afastamento social ainda utilizado expressivamente como forma de tratamento, que embora tenha diminuído, é bastante presente na cultura e na subjetividade coletiva, e por outro, o modo psicossocial, abrindo espaços, criando serviços territorializados, mobilizando a comunidade para a inserção social, (des)consolidando saberes, com relações que produzem diferenças.

Dessa forma, a inserção na pesquisa intitulada **Estudo de avaliação qualitativa de experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial (REDESUL)** veio como fruto dessa aproximação, dos afectos e vínculos

construídos com a Universidade Federal de Pelotas e a Faculdade de Enfermagem, onde realizei minha formação.

O REDESUL buscou avaliar quantitativa e qualitativamente experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial que estão localizadas no estado do Rio Grande do Sul. Obteve o financiamento através do Edital MCT-CNPq/CT- Saúde/MS-SCTIE-DECIT/33/2008.

O objetivo do REDESUL foi apreender a dinâmica presente nas relações, na interação e nos sentidos que constroem e refletem uma rede de atenção psicossocial inovadora, de forma a considerar as composições de redes sociais, de serviços e de cuidados presente no cotidiano e nas possibilidades do viver a partir do morador do Serviço de Residências Terapêuticas (SRT).

As concepções de experiências inovadoras a partir das conformações de rede de atenção psicossocial possibilitaram um novo recorte da pesquisa REDESUL, originando um segundo estudo denominado **Redes de trabalho afetivo na produção do cuidado em atenção psicossocial**, aprovado no Edital MCT/CNPq Nº 014/2010, que teve por objetivo avaliar as conformações de rede de trabalho afetivo dos trabalhadores/gestores/usuários.

Desse modo, este estudo apresentado aqui vem produzido permeado por essa teia de afetos e afecções, como um recorte dos estudos citados; um subproduto que se preocupou em conhecer a rede de trabalho afetivo dos gestores de um dos municípios estudados por meio de uma releitura teórica pós-moderna, com conceitos de Spinoza (2005) trabalhados por Deleuze e outros autores pós-modernos.

Sendo assim, *a priori* inicia-se o delineamento desse estudo a partir das modificações que ocorreram com a Reforma Psiquiátrica, no modo de atenção em saúde mental no Brasil, que conferem ao modo psicossocial outra forma de se relacionar com a loucura e como este passa a engendrar espaços e fazeres capazes de produzir uma rede de trabalho afetivo diferentemente daquele produzido no modo asilar.

Em um segundo momento, apresenta-se a abordagem teórica utilizada em **“Spinoza e a saúde: afetos e afecções no modo psicossocial engendrando uma rede de trabalho afetivo por entre gestores”** o qual se refere aos conceitos principais e introdutórios de Spinoza que compõem a Teoria da Afetividade Humana, aprofundando as potências da alma sobre os afetos aproximando-a com a saúde mental a partir da Microfísica do vínculo, no que tange os encontros estabelecidos

no trabalho em saúde e a relação existente com a produção de redes de trabalho afetivo de gestores por meio **“Das potências da alma sobre os afetos à Microfísica do vínculo: uma forma de engendrar redes de trabalho afetivo de gestores”**.

Durante a construção do percurso metodológico, qualitativo de cunho cartográfico, são explicitados os processos de análise, e seu produto por meio de duas cenas criadas no estudo: **Os Espaços de Gestão Colegiados: a produção SAIS Mental e o Colegiado Gestor e, A judicialização e a atenção psicossocial (co)produção de encontros**.

Como um balanço final do trabalho, apresentam-se as considerações, referentes ao estudo realizado, além de expor seus limites e potências.

## **1. Revisitando outras produções: uma forma de delinear o objeto de estudo**

Para entender o contexto atual da saúde mental no Brasil, há a necessidade de voltar ao passado, e revisitar a história a fim de apresentar as contribuições do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira para a mudança do modo centrado no asilo para o modo de atenção psicossocial. Entender essas mudanças ajuda a situar o lugar que ocupa a gestão nos diferentes modos de atenção, assim como a rede de trabalho afetivo nesse cenário teórico-assistencial e político.

No final da década de 70, o país se encontrava em um momento de luta por direitos cidadãos, que ficou conhecido como o momento da Redemocratização Brasileira. Uma forte militância na saúde surgiu junto a outros movimentos contra a ditadura militar, com destaque para dois movimentos sociais e políticos: a Reforma Sanitária e a Psiquiátrica. Ambas com ideários que refletem sobre o conceito de cidadania e de direitos das pessoas, opunham-se o modo de enfoque, exclusivamente curativo, especializado que fortalecia a indústria médico-hospitalar e farmacêutica no Brasil (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005; AMARANTE, 2008).

No Rio Grande do Sul (RS), a Reforma Psiquiátrica era percebida pelos movimentos de resistência ao modelo psiquiátrico tradicional, em que estavam presentes nos modos de cuidar alternativos, com a experiência de comunidade terapêutica desenvolvidas no final dos anos 60 na Clínica Pinel, na capital, Porto Alegre, e ações preventivas utilizadas pela Unidade Sanitária em São José do Muraldo nos anos 70. Essas experiências passam a ser tomadas como instrumento de modernização das ações de psiquiatria e saúde mental pela Organização Mundial de Saúde - OMS (KANTORSKI, 1998; KANTORSKI; WETZEL; MIRON, 2002).

Surgem novas propostas de modo de atenção em saúde e como essas influenciam e são influenciadas pelas condições de vida da população. Tanto o movimento da Reforma Sanitária como a Reforma Psiquiátrica foram construídos por intelectuais e trabalhadores da área da saúde, centrais sindicais, parlamentares, representantes de associações entre outros movimentos civis organizados (BERTOLOZZI; GRECO, 1996; ELIAS, 1993).

Em 1978, três jovens médicos, estagiários bolsistas do Centro Psiquiátrico Pedro II, realizaram fortes denúncias de maus tratos, desrespeito aos direitos humanos e violência aplicados a presos políticos e pessoas internadas em hospitais psiquiátricos pertencentes à Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), Órgão do Ministério da Saúde, responsável pelos hospitais psiquiátricos na época (AMARANTE, 2008).

As denúncias giravam em torno do abuso por parte das instituições que contratavam estagiários de nível superior, como mão de obra desvalorizada, “barata”, da precariedade das condições de trabalho, violência institucional sofrida pelos profissionais e pacientes da instituição. Além disso, eram frequentes denúncias de agressão, violência sexual, trabalho escravo e mortes não esclarecidas (AMARANTE, 1995).

Houve inúmeros protestos e greve dos profissionais. E como resposta governamental, vieram as demissões que chegaram a um total de 260 profissionais e estagiários, dos quatro hospitais psiquiátricos do município do Rio de Janeiro – Centro Psiquiátrico Pedro II, Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira, e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho (AMARANTE, 1995, 2008).

A Crise do DINSAM, como ficou conhecida, acabou gerando repercussão na mídia em todo país, e originou o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). O MTSM estabeleceu alianças políticas com o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), nos municípios de São Paulo, Rio de Janeiro, Bahia e Minas Gerais (AMARANTE, 2008).

O ano de 1978 ficou marcado pela realização de dois eventos representativos para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, pois foram capazes de proporcionar debates públicos sobre o modelo assistencial no país. Ambos organizados pelo Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental- MTSM (AMARANTE, 2008).

Primeiro ocorreu o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições - IBRAPSI, que se destacou em 1978. Este ocorreu no período de 19 a 22 de outubro, âmbito da reforma. Foi o que trouxe ao Brasil críticos do sistema psiquiátrico vigente no mundo, autores e atores da reforma psiquiátrica como Franco Basaglia, Félix Guatarri, Robert Castel e Erving Goffman, que influenciaram a organização e formação das novas diretrizes do MTSM (AMARANTE, 1995).

Foram inúmeras as denúncias e críticas iniciadas nessa época quanto ao desrespeito aos direitos humanos, a clausura e o cerceamento de liberdade sustentado por técnicos em função do conceito de loucura como “irracionalidade perigosa”, de forma que chegava a produzir uma invalidação do modo de vida (ABOU-YD; SILVA, 2003).

O segundo a ser realizado foi o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, que ocorreu no período de 27 de outubro a 1 de novembro, em Camboriú, Santa Catarina. Este ficou conhecido como o “Congresso de Abertura”, pois, pela primeira vez, reuniu movimentos conservadores da psiquiátrica como a Associação Brasileira de Psiquiatria, e movimentos de saúde mental de outras partes do país, o que gerou discussões a respeito das precariedades enfrentadas no cotidiano dos hospitais psiquiátricos, denunciando situações de abandono, violência e maus-tratos aos quais eram submetidos os pacientes nos grandes hospitais psiquiátricos do país.

O Congresso reuniu uma “frente ampla a favor de mudanças” – movimentos renovadores e os setores conservadores da psiquiatria, suscitando discussões político-ideológicas em torno das políticas nacionais de saúde mental, passando a organizar-se um movimento por melhorias na assistência psiquiátrica, despendidas exclusivamente por instituições asilares, manicômios, no país (TENÓRIO, 2002; AMARANTE, 1995, p.54).

Cabe destacar também que ambos os movimentos políticos e sociais foram enormemente influenciados por mudanças discutidas pela Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, sediada em Alma-Ata, no Cazaquistão, entre 6 e 12 de setembro de 1978. Esta, realizada pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Criança (UNICEF) por meio da Declaração de Alma-Ata elaborada, vem estabelecer metas para a saúde mundial, além de ampliar o conceito de saúde, de maneira a reconhecê-la como um direito de todos os cidadãos do mundo (OMS, 1978).

É considerada a primeira declaração internacional que destacou a importância da atenção primária em saúde e a interferência da desigualdade social nas políticas de saúde. Passa a entender a saúde não somente como ausência de doença, mas como fruto do relacionar-se com o mundo, inserida, portanto, não só em sua constituição biológica, mas amplamente implicada nas condições de vida das pessoas, no bem-estar e na participação ativa dessas nas formulações e planejamentos das ações em saúde (OMS, 1978).

A mudança da concepção de saúde redimensiona o olhar sobre as práticas de saúde de forma a ter reflexos percebidos nas transformações que vão caracterizar mudanças paradigmáticas na forma de atenção na saúde e na saúde mental. Considera-se a modificação, dessa forma, de um modelo até então centrado na doença, na especialidade, e no hospital, e nas relações centradas no setor privado de saúde para outro modelo que considera a interação pessoal, as condições sócio-econômicas das pessoas, pautando as ações na prevenção e promoção de saúde na atenção primária (OMS, 1978).

Deste modo, entendendo a sua saúde de modo ampliado, no espaço do território, assume-se que as pessoas transitam por setores sociais, econômicos, culturais, entre vários outros, e que a sua interação com as situações cotidianas influencia intimamente o seu modo de levar a vida e produzir saúde. Esses propósitos vêm fortalecer as considerações da reforma psiquiátrica que está em um momento transitório e questionador das práticas centradas no modo asilar centrado na doença e em instituições hospitalares. Dessa forma, reorienta-se o olhar para práticas territorializadas em saúde mental que consideram as realidades de vida das pessoas.

Movimentos de reformas na psiquiátrica passam a ser percebidos mundialmente como na Inglaterra, na França e nos Estados Unidos. Esses movimentos traziam discussões de cunho ético, teórico-conceitual e político que produziram, e/ou influenciaram, um processo de desinstitucionalização da assistência psiquiátrica brasileira.

Para Amarante (1995, 2005), os ideais apresentados por Franco Basaglia foram propagados no país por sua participação nas universidades, sindicatos e associações por meio de conferências e palestras, conferidas pelo próprio, o que acabou configurando-se em uma grande referência para a reforma psiquiátrica brasileira. Suas ideias serviram de referência por seus questionamentos ao modo vigente da psiquiatria, o modo manicomial, pois suas proposições modificam as relações estabelecidas entre os tidos como doentes, e aqueles que atuavam no cuidado desses, principalmente no que tange a existência da instituição da loucura, representada pelas práticas manicomiais.

Franco Basaglia, psiquiatra italiano, foi um dos idealizadores e realizadores da reforma no sistema psiquiátrico italiano. Este considerava suas práticas no campo social. Aliou-se a partidos políticos e a sindicatos de “esquerda” com objetivo de

fechar os hospitais psiquiátricos. Em 1978, elaborou a Lei nº 180 que ficou conhecida como a Lei Basaglia, a qual aboliu as instituições manicomiais na Itália. Este se trata de um movimento político-ideológico-conceitual que ficou conhecido como Psiquiatria Democrática Italiana (BASAGLIA, 2001, GUATARRI, 2000).

Basaglia (2001) analisou as formas de relações empregadas com a loucura, os poderes e saberes instituídos. Percebeu que as leis econômicas estavam intimamente ligadas à qualidade de assistência prestada na loucura. Este considera que, mesmo em indivíduos com condições tidas como comuns, ou seja, mesmo quando duas pessoas possuem características semelhantes de doença, esta acabava por adquirir significados diferentes na vida das pessoas de acordo com seu nível social. Este assumia que as consequências da doença na vida da pessoa estariam de acordo com as relações de poder que os profissionais e, por meio deste, a sociedade estabeleciam com o doente.

Para Basaglia (2001, p.105), a única maneira de estabelecer um relacionamento médico-paciente e, portanto, terapêutico, dá-se no âmbito da liberdade, com “o doente mental livre”, longe da internação, o que propicia uma correlação de reciprocidade e de poder contratual. Diante disso, ele analisa três tipos de relações possíveis: aristocrática, mutualista e institucional.

A relação entendida como aristocrática apoia-se no poder econômico do doente o qual, nesse nível, pode opor-se ao poder técnico do médico, como um poder de troca, o que não ocorre dentro de uma instituição psiquiátrica.

Já no que confere a uma relação mutualista, percebe-se uma diminuição do poder técnico e um aumento da arbitrariedade com relação ao doente que muitas vezes não tem consciência de seu poder.

Ao explicar sobre o terceiro tipo de relação, a institucional, Basaglia (2001, p.104) problematiza a impenetrabilidade estrutural das instituições psiquiátricas que, ao considerar a loucura uma doença, conceitua o corpo como doente, incapaz de reagir a tal instituição tutelando-o, catalogando-o e gerindo-o como tal. Para ele, na instituição manicomial não há um encontro psiquiátrico, entre médico e doente, mas são estabelecidas relações baseadas no poder médico de cura e tutela de forma que “ocorre no corpo mesmo do doente, considerado como um objeto de pesquisa em sua pura materialidade”.

Nessas instituições aumenta o poder do médico e diminui enormemente o do doente. Pelo simples fato de compor tal instituição, é destituído de direitos, sem qualquer tipo de reciprocidade (BASAGLIA, 2001).

Aqui que se vê, sem véus e sem hipocrisia, o que a ciência psiquiátrica, enquanto expressão da sociedade que a delega, quis fazer do doente mental. E é aqui que se evidencia o fato de que não é tanto a doença que está em jogo, mas a carência de valor contratual de um doente, que não tem outra alternativa de oposição exceto um comportamento anormal (BASAGLIA, 2001, p.107).

Goffman (1990, p.40), outro autor importante, conceitua os manicômios enquanto uma instituição total e denuncia a violência exercida por meio da problematização da condição de vida das pessoas nestes espaços. Segundo o autor uma instituição total é aquela que produz um fechamento em si própria, estabelecendo barreiras sociais com o mundo externo. Estas instituições são capazes de produzir, direta ou indiretamente, uma forte “mortificação do eu”. Isso se dá pela vigilância constante, que perturba ou profana as decisões dos internos, necessárias à vida em sociedade, como autonomia e liberdade de ação.

Os ataques e maus tratos aos internos são justificados pelos profissionais, considerados técnicos das instituições manicomiais, possuidores de saberes, em nome da racionalidade, como regras necessárias à manutenção de higiene, e garantia à vida e à segurança. Dessa forma, as instituições totais, como as manicomiais, são fatais para a constituição do eu, pois são capazes de tirar o desejo e o poder decisório das pessoas, instituindo a vergonha e a culpa nos internos, de forma que, ao sair da instituição, há uma tentativa destes disfarçarem o passado, diante da sociedade, configurando-se na construção social do estigma da loucura. Goffman (1990) então faz uma denúncia à sociedade pela rigidez empregada nos manicômios onde há a produção de forças veladas capazes de modificar o interno, mas, jamais, a organização da instituição.

Dessa forma, as relações existentes que se estabelecem com a loucura nessas instituições são objetuais, entre o “doente” e aquele que é responsável por “tomar conta dele”, pois ocorre somente sobre o filtro da doença, “de um rótulo” que não permite qualquer possibilidade de apelo ou troca daquele que já está totalmente excluído. Assim, a doença passa a ser secundária aos processos de relações

instituídos, “sua objetivação” localizada no interior das relações doente-médico-sociedade que irá delegar ao médico tutela e cura (BASAGLIA, 2001, p.109).

Franco Basaglia contribui com a formulação de sua epistemologia da complexidade – uma produção teórico-prática, a qual deixa de considerar a loucura somente como biológica e passa a considerá-la como contradições reais do sujeito, do sofrimento e da cura, superando a lógica estática de ideal, de equilíbrio e normalidade existente na loucura biologicista. Suspende-se a loucura, coloca-se a doença “entre parenteses”, de forma a enxergar a pessoa doente, e não a doença, de forma que era necessário negar a instituição que se tornou a loucura (AMARANTE, 1996).

Essa re-orientação passa a enxergar o sujeito, suas singularidades e suas subjetividades, seus afetos e sua liberdade. Passa-se a entender por desinstitucionalização uma re-orientação do olhar sobre a loucura, antes tida como doença, um conceito único e limitante, estigmatizante, que incutia no louco noções de periculosidade e merecimento de isolamento, destituindo-lhe de tudo que lhe era peculiar (AMARANTE, 1996).

Nesse cenário de superação de antigas práticas à desinstitucionalização a fim de garantir a cidadania, os direitos e uma terapêutica de cuidados singularizados também acaba por proporcionar espaços de transformações de âmbito econômico, político e jurídico. Assim, trata-se de uma transformação prática do trabalho para além da abolição do manicômio, de uma re-construção das formas de cuidado e entendimento do sofrimento psíquico (ROTELLI, 2001).

Para Rotelli (2001), a desinstitucionalização supera as ações políticas e gerenciais que, por vezes, podem ser identificadas somente em ações centradas na desospitalização e na redução de leitos psiquiátricos. Nessa direção, possibilita-se a pluralidade dos sujeitos e o estímulo às relações afetivas, singulares e significativas com a família, o trabalho e a sociedade.

Em 1979, ocorrem outros movimentos marcantes para a reforma psiquiátrica brasileira como o I Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental que ocorreu em janeiro daquele ano, no Instituto Sedes Sapientiae, em São Paulo, onde se rediscutiu o movimento para além da luta de transformação do sistema de atenção à saúde, para vincular-se aos demais setores democráticos e de justiça social, compondo-se juntamente ao fortalecimento dos sindicatos (AMARANTE, 2008).

Nesse evento, o MTSM realiza críticas quanto à política de saúde brasileira, apontando o modo asilar dos grandes hospitais psiquiátricos como grandes depósitos de marginalizados, o limite de suporte teórico dos serviços e as diretrizes legais que necessitavam ser alteradas na assistência psiquiátrica no país (AMARANTE, 1995).

Na década de 80, o movimento da Reforma Psiquiátrica vai além da característica de um movimento técnico para se tornar um movimento social que busca a construção de uma nova realidade psiquiátrica e da loucura, estabelecendo estratégias que visavam à extinção de instituições de repressão, isolamento e violência, como o manicômio.

No I Simpósio de Políticas de Saúde da Câmara dos Deputados, acabou se tornando um marco importante para a saúde, pois foi palco de diagnósticos a respeito do modelo assistencial psiquiátrico brasileiro, despendidos pelo MTSM, bem como palco da apresentação da proposta do Sistema Único de Saúde, servindo como base da Constituição de 1988 e, posteriormente, da Lei Orgânica da Saúde apresentada pelo CEBES (AMARANTE, 2008).

Em 1986 tem-se a 8ª Conferência de Saúde. Foi um marco para a governabilidade de novas políticas no país e da participação social. Dela saíram propostas para Conferências a serem realizadas em áreas temáticas. Com a participação social, torna-se amplamente organizada acabando por refletir na Constituição de 1988, e, posteriormente, regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, que possibilitaram a conquista da participação popular na gestão da saúde, conhecida como controle social (AMARANTE, 2007).

Em 1987, ocorre a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), onde se estabeleceu como bandeira de luta do MTSM, e apontaram-se transformações sociais inovadoras à medida que é defendida pela sociedade civil, por meio de efetiva participação de usuários e familiares, em vistas da superação do modelo de segregação das instituições psiquiátricas (AMARANTE, 2005).

A I CNSM contou com 1500 participantes do movimento de reforma psiquiátrica nacional. Torna-se importante, pois foi o primeiro evento público em âmbito nacional e se configura em um espaço fundamental para a construção política do Estado, ampliando a participação social (AMARANTE, 2008).

Esse momento brasileiro propiciou ao II Congresso Nacional do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em Bauru, de 1987, introduzir o lema: “Por uma sociedade sem manicômios” e, instituir o dia 18 de maio como Dia Nacional da Luta Antimanicomial (AMARANTE, 2008, p. 742).

Dentre as influências que permeavam o lema do Congresso estavam os ideais da desinstitucionalização advindos da experiência Italiana, que formularam um alicerce crítico aos cuidados psiquiátricos até então despendidos na atenção manicomial, propondo uma nova prática, uma nova visão de cultura e conceitos a respeito de normalidade e loucura muito difundida no país por Franco Basaglia (AMARANTE, 2005).

Em 1990, a Declaração de Caracas vem compor este cenário como um marco inicial da reforma psiquiátrica nos países ibero-americanos, pois confere no âmbito das organizações internacionais mudanças nas políticas de saúde mental desses países, dentre eles o Brasil. Este assume o compromisso de promover assistência psiquiátrica no setor primário de saúde, buscando a desconstrução do papel hegemônico e centralizador das instituições asilares, propiciando o tratamento das pessoas no seio comunitário por meio da construção de uma rede de serviços territorializados (DESVIAT, 2008; OMS, 2004).

A Declaração de Caracas discute a criação de um sistema que pudesse garantir o respeito aos direitos humanos e civis das pessoas com problemas psíquicos, de maneira a dispor de novos recursos terapêuticos e modalidades de atenção alternativas, inseridas na própria comunidade e em suas redes de relações, buscando desta forma superar o hospital psiquiátrico (DESVIAT, 2008; OMS, 2004).

As modificações políticas impulsionaram ações em campos estratégicos que foram afetando e alterando o cenário Brasileiro. Assim, em 1991, o Ministério da Saúde sinaliza a alteração política no campo saúde mental por meio da aprovação da portaria nº 189/GM, que considera a necessidade de melhorar a qualidade da atenção às pessoas com transtornos mentais, assinalando a necessidade de diversificar os métodos e técnicas terapêuticas, visando à integralidade da atenção a esse grupo e a necessidade de compatibilizar os procedimentos das ações de saúde mental (BRASIL, 2004).

No Rio Grande do Sul, no ano de 1992, foi aprovada a Lei Ordinária nº 9.716/92 que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no âmbito do Estado, determinando o fechamento gradativo dos leitos de hospitais psiquiátricos e

impedindo a abertura de novas instituições manicomiais, com propostas de ações integradas, considerando o funcionamento da assistência à saúde mental por meio de uma rede de serviços. Esta Lei é considerada a primeira Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RIO GRANDE DO SUL, 2012; KANTORSKI; WETZEL; MORIN, 2002).

A partir de então outras portarias passam a compor com o SUS, principal financiador das políticas em saúde mental do país, oferecendo aos demais gestores a possibilidade de implantar ações e serviços substitutivos ao modelo asilar, regulando-os e estabelecendo parâmetros para a formação de uma rede de serviços diversificada: Núcleos de Atenção Psicossociais e/ou Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), Residenciais Terapêuticos, Leitos em Hospitais Gerais, entre outros (BRASIL, 2004).

Novos serviços vêm compor a rede de saúde mental que atualmente se caracteriza por possuir: CAPS I, II ou III, para clientela adulta; CAPS da Infância e Adolescência (CAPSi), CAPS álcool e drogas (CAPSad), CAPSad III, Centros de Convivência, Leitos Psiquiátricos em Hospitais Gerais, Oficinas de Geração de Renda, Serviços Residenciais Terapêuticos, Emergências Psiquiátricas, Ações de Saúde Mental na Rede Básica.

Dessa forma, busca-se garantir a integralidade cuja dimensão plural, ética e democrática vem a desvelar-se em diferentes saberes e práticas operados no cotidiano de dos princípios do SUS, assumindo uma definição legal que se relaciona aos atos preventivos, curativos, individuais e coletivos, nos diferentes níveis de complexidade de uma rede de saúde (MATTOS, 2006).

Contudo, somente as leis e suas portarias não garantem que a Reforma Psiquiátrica esteja promovendo mudanças nas práticas de atenção, “mas reservam-se ao um conteúdo importante na medida em que revela um processo de organização anterior e até viabilizador de alguns ganhos” (KANTORSKI; WETZEL; MIRON, 2002, p.19).

Diante do exposto, mostra-se necessário estar atento às propostas éticas da Reforma Psiquiátrica e suas práticas de desinstitucionalização da loucura, que irão refletir na mudança do modo de atenção, que hoje é conhecida como modo de atenção psicossocial que tem entre suas metas a desospitalização (em manicômio), a desmedicalização e implicação subjetiva sócio-cultural, superando assim o modelo

manicomial e as práticas despendidas às pessoas com transtorno mental nos espaços dos hospitais psiquiátricos (COSTA-ROSA, 2000).

Costa-Rosa (2000) apresenta uma divisão conceitual entre os dois modos de atenção à loucura: o modo asilar e o de atenção psicossocial. Em sua construção o autor diferencia ambos os modos por meio das formas de produção social, de reprodução social e ainda através das produções institucionais. Para tal, o autor utiliza-se do conceito de contradição, não somente como manifestação de visões opostas, disfunções ou desvios, e sim como resultantes de processos reais de conflitos e diferenças presentes na vivência de grupos e nos interesses sociais que são representados nas instituições.

Contudo, considera-se que a mudança paradigmática só ocorrerá por meio de contradições capazes de proporcionar mudanças radicais, de rupturas, de forma a se tornarem alternativas reais ao que esteve presente até então, superando os limites impostos pelo pré-existente modo existente.

Para fins esclarecedores, o modo asilar tem pouca ou nenhuma consideração da existência de um sujeito desejante, limitando-se a uma ênfase centrada nas determinações orgânicas (doença), de forma a produzir ações exclusivamente centradas no doente, o que vem a justificar seu isolamento. O modo asilar gera problemáticas do modelo curativo que se reflete na instituição hospitalar que, mesmo quando sofre reformas e institui espaços abertos, reproduz o mesmo modo de práticas.

No que confere às formas da organização institucional, comporta organogramas piramidais, com fluxo de poder em um único sentido, verticalizado, onde se perpetuam estratificações de poder e saber (especialismos) que perpassam ao interno. Com isso, o modo asilar fixa o interno em uma forma tutelar, produzindo imobilidade e mutismo (COSTA-ROSA, 2000).

O modo psicossocial considera fatores políticos e biopsicossocioculturais como determinantes da loucura e da saúde mental, conferindo ao sujeito, família e sociedade participação ativa no tratamento. Com isso, os conflitos são considerados constitutivos do sujeito que vem a designar o posicionamento deste sócio-culturalmente, estimulando-o a um reposicionar frente à loucura, de maneira a vir a ampliar sua capacidade de discriminar fatores de mudança.

Desta forma, ampliam-se os compromissos com a atenção e apoio a esse sujeito e sua família, pois se reafirma, também, um movimento de reinserção social e cidadã. Sendo assim, há uma mudança nas práticas que considera a interprofissionalidade, superando a especialidade, como uma transformação estética que possibilita experimentar novas formas de ser (COSTA-ROSA, 2000).

As transformações éticas do modo de atenção psicossocial pressupõem mudanças estruturais dos micropoderes, estabelecendo relações horizontais entre trabalhadores, usuários e gestores, conferindo espaços de reflexão e interlocução como assembleias de usuários, familiares e trabalhadores. As formas de decisão devem ser diferenciadas e comportar a lógica colegiada, refletindo as metas radicais de substituição do modelo asilar: participação, auto-gestão e interdisciplinaridade, interlocução, livre trânsito do usuário e da população, territorialização e integralidade, implicação subjetiva e sócio-cultural do usuário (COSTA-ROSA, 2000).

O modo de atenção psicossocial passa a engendrar outros fazeres e outros espaços, na lógica da alternatividade ao modo asilar (manicomial). Espaços esses capazes de atender à loucura no âmbito do território, criando, assim, outros serviços pensados para compor uma rede de atenção que dêem conta das complexidades que permeiam as pessoas e o viver com o transtorno psíquico. Este passa a definir pressupostos teórico-técnicos das novas práticas implantadas no Brasil pela reforma psiquiátrica.

Costa-Rosa (2000), através de seu modelo teórico que diferencia claramente os modos asilar e psicossocial, convida-nos a (re)pensar nossas práticas, pois, mesmo diante da presença de outros espaços, para além do manicômio, as relações éticas, a organização do trabalho e as práticas ali desempenhadas podem refletir o modo asilar ou produzir espaços modificadores. De certo modo, as ações e práticas desempenhadas por aqueles que o compõe usuários, familiares, trabalhadores e gestores que produzirão ações de inclusão, cidadania, produção de vida ou exclusão.

O modo psicossocial passa a ser construído no país, refletindo em novas práticas profissionais e gestoras que comportem a dimensão ética existente nessa outra forma de fazer saúde mental, não mais favorecida pela verticalidade, mas por sua horizontalidade e micropolítica (pois não se trata de um único serviço disponível e detentor das ações e saberes – manicômio).

Ainda como outra forma de engendrar os diferentes espaços e serviços – capazes de proporcionar ações integrais ao sujeito, de não retorno e reprodução de práticas asilares, as quais se deve superar – encontra-se o operar em rede.

Operar em rede pode ser pensado por meio de redes rizomáticas, ou seja, o rizoma como uma funcionalidade e linguagem heterogênea, em formas diversas, onde qualquer ponto é conectável, em sua multiplicidade a qual confere diversas dimensões, dependendo das conexões que este estabelece. Tal multiplicidade do rizoma é plana, e é definida pelo “fora”, pela sua abstração, por linhas abstratas, como linhas de fuga, ou de desterritorialização, mudando assim de natureza e conectando-se novamente às outras (DELEUZE, 2009, p.18).

O rizoma compreende a ruptura e por sua vez a captura rompe através da formação de suas linhas de fuga e captura, através da reterritorialização, da formação de mimetismo, não uma imitação, mas por meio de uma construção paralela que permite criar algo diferente, um aumento de valência, um devir. Com isso, todo rizoma compreende várias linhas de segmentaridade organizadas em estratos, territorializados. Rizoma é mapa, é aberto, tem múltiplas entradas e inúmeras saídas; sendo assim, rizoma é rede (DELEUZE, 2009).

Pode-se entender, então, como rede de atenção à saúde, a composição de um conjunto de serviços e equipamentos de saúde dispostos num determinado território geográfico. Os diversos serviços presentes nesse espaço são visualizados como os nós de uma rede que necessita ligar-se por meio de seus diversos fluxos-linhas. Isso implica reconhecer a saúde para além da ausência de doenças, de forma que operar em rede-rizoma é mais do que uma simples oferta de serviços num mesmo território (BRASIL, 2009a).

É necessário entender a saúde como um processo, e por tal, complexo, de uma díade saúde-doença que, ao mesmo tempo, é produzido e produtor de múltiplas redes sociais. Com isso, falar em rede requer perceber as diferentes formas relações (entendidos como linhas-fluxos) existentes entre estes serviços (entendidos como nós), o padrão comunicacional estabelecido entre estes e as diferentes equipes que os compõem assim como quais modelos de atenção e de gestão estes serviços produzem (BRASIL, 2009a).

Percebe-se então que não é a quantidade de serviços que confere ou não o operar de uma rede em saúde, mas uma comunicação ampliada entre os serviços que a compõem, resultando em processos de gestão e atenção mais eficazes e

eficientes de maneira a garantir integralidade de atenção. A construção de uma rede dá-se em sua complexidade, entre os diferentes serviços, especialidades e saberes, o que acaba por exigir a implementação de novas tecnologias que possam qualificar ainda mais os fluxos presentes nessa rede (BRASIL, 2009a).

São estes processos de interação entre os serviços e destes com outros movimentos e políticas sociais que fazem com que as redes de atenção sejam sempre produtoras de saúde num dado território (BRASIL, 2009a, p.8).

Para Rovere (1999a, p.21), redes são constituídas de pessoas que se conectam e se vinculam, uma vez que não são os serviços que fazem conexões, e sim as pessoas que constituem esses serviços, considerando, assim, “a rede como a linguagem dos vínculos”. Destaca-se que as redes vêm compor a saúde uma nova discussão de organização, diferentemente das noções de sistemas em saúde.

As redes são entendidas como teias de aranha, multicêntricas, opondo-se às formas piramidais e sistêmicas as quais se caracterizam por serem hierárquicas e homogêneas que tende a descaracterizar as organizações. O conceito de Rede vem para compor outra forma de organização em saúde, pressupõe as articulações e organizações da sociedade civil, e é capaz de acolher a heterogeneidade, pois entende que a rede se forma a partir das trocas existentes entre os diferentes nós que a compõem, uns mais densos e outros menos. Com isso, a rede é capaz de permitir respostas mais flexíveis às necessidades das pessoas (ROVERE, 1999a).

Aunque es pertinente afirmar que: redes parece ser la forma espontánea como la gente se organiza no es posible ignorar que estas formas organizativas son parte de la experiencia y de la memoria colectiva. Sociedades de fomento, clubes, gremios, partidos políticos, iglesias, incluyendo la larga tradición de organización de los pueblos originarios, las organizaciones barriales, las ligas y movimientos agrarios, son ejemplos solo algunos ejemplos que ilustran este punto (ROVERE, 1999b, p.3).

Assim, o conceito de redes propõe refletir sobre as necessidades dos diferentes grupos que compõem a sociedade, que não se caracterizam pela homogeneidade, mas por suas diferenças. Dessa forma, pensar em propostas que dêem conta das demandas das pessoas com transtorno psíquico e seus familiares, nas lógicas das redes, é pensar conjuntamente, considerando as organizações

sociais que estes compõem. É pensar horizontalmente, reconhecendo os diversos saberes e práticas, diversos espaços e serviços.

Apesar de se saber que a integração entre sistemas de serviços de saúde dependem da qualidade dos processos de gestão, e estes das relações interpessoais na gestão, ainda existem poucos estudos que buscam apreender o modo como se dão essas interações e os relacionamentos pessoais (LIMA; RIVERA, 2009).

A discussão da gestão em saúde remete a processos de trabalho e suas características relacionais no campo da saúde coletiva. Neste aspecto, buscam-se na produção da Composição Técnica do Trabalho (CTT) identificar algumas dessas características. Parte-se da premissa de que o trabalho em saúde é sempre relacional, imaterial, pois depende do trabalho vivo em ato, ou seja, enquanto este está sendo produzido, portanto este atua no âmbito das relações, de sua micropolítica (MERHY; FRANCO, 2003).

O trabalho em saúde pressupõe uma CTT que implica uma co-relação presente na produção de trabalho morto e de trabalho vivo. O trabalho morto caracteriza-se por ser mais prescritivo, burocrático produzido nos instrumentos e conhecimentos técnicos mais estruturados. Já o trabalho vivo é a parte do relacional do trabalho, fundamental ao processo de cuidado. O trabalho vivo encontra-se presente nas relações interseçoras, que são produzidas em ato, ou seja, enquanto se processa o trabalho, no encontro entre as pessoas (MERHY; FRANCO, 2003).

Essa CTT, quando reforçada por ações que compõem o trabalho morto, este vai refletir uma produção em saúde pautada nos procedimentos, medicamentos, exames, protocolos, centrado no ato prescritivo. Quando ao contrário, o trabalho vivo se sobrepõe ao morto há uma produção de cuidado relacional, que mesmo na utilização dos produtos do trabalho morto, necessários, é capaz de reconhecer no usuário da saúde suas relações sociais, familiares, sua subjetividade, produzindo uma valorização da autonomia das pessoas (MERHY; FRANCO, 2003).

Os autores chamam a atenção que o trabalho em saúde deve considerar a centralidade de suas ações às necessidades e singularidades do usuário, contidas em um processo saúde-doença-cuidado, diferentemente de uma produção de saúde, ainda hegemônica, cujo foco está na produção do conhecimento científico, fortalecido pela doença. Logo, a mudança no olhar sobre as práticas em saúde e a sua produção pressupõe transformação nas formas de gestão também. Com isso,

considera-se que alterações sejam feitas nas relações que se estabelecem na micropolítica, no âmbito da co-gestão, e na macropolítica (FRANCO, 2006, MERHY; FRANCO, 2003).

Estas instâncias de produzir saúde no cotidiano pensam a gestão como aquela capaz de produzir saúde por meio da constituição de seus novos arranjos, por meio de novos espaços de ação e na afirmação de novos sujeitos coletivos. Isso implica gerar novos desenhos territoriais dentro de um entendimento em redes macropolíticas e micropolíticas.

A rede de trabalho nesse caso pode ser ainda entendida como uma “rede quente” capaz de enxergar os coletivos, percebendo que as conexões (encontros) produzem diferenças, variantes e modificações, transformando o trabalho de forma vívida, ressaltando a produção do “trabalho vivo em ato”. Novas conexões formam redes quentes, que produzem novas práticas, questionamentos e reflexões da realidade vivenciada de maneira dinâmica. Essas redes possuem alto poder inventivo, são potentes, diferente da produção do trabalho mecânico, morto, nu de diferenças, presente nas repetições e na falta de inovações constituído na rede fria (PASSOS; BARROS, 2004; CAÇAPAVA, 2008).

As relações cotidianas no mundo do trabalho, as quais são capazes de experimentar a diversidade, acabam por produzir as reflexões da prática, aumentando em potência o trabalho, sendo este capaz de engendrar alteridade, criatividade, e o devir. As formas como se estabelecem essas relações entre os gestores vão favorecer ou não as conformações de novas redes e terão reflexos na gestão produzida ou co-produzida por esses.

Franco (2006) refere que esses processos de interação estão presentes no agir cotidiano das pessoas, nas relações que os sujeitos estabelecem entre si e o cenário/território em que se encontram. Reconhecer esse encontro como uma vida produtiva em sua horizontalidade confere a produção de outras formas de redes, de microredes, que se compõem no interior das instituições, e as pessoas que as caracterizam, engendrando uma gestão micropolítica nos serviços de uma maneira que torna eficaz a condução de projetos.

Essa gestão, contida na micropolítica dos serviços de saúde e de locais de produção de cuidado, podem configurar para alguns a formação de colegiados gestores, que vão proporcionar que a construção dessa rede se conecte nos

encontros utilizando-se de espaços produtores de conhecimento e de potencialidades (FRANCO, 2006).

Entende-se que a rede de trabalho necessita ampliar os desejos dos gestores de saúde de forma a possibilitar mudanças no processo de gestão, proporcionando “trocas vivas”. Tendo em vista que um cuidado pautado nos “afectos” dos gestores acaba por refletir na resolubilidade das necessidades dos usuários. Para tal, clarifica-se o fato que a maneira como são geridos os processos de trabalho podem favorecer a potência ou o aprisionamento daquele que é a ponte entre a política (gestão) e o fim (usuário). Assim, a reflexão do processo de trabalho e os desejos do trabalhador influenciam diretamente à produção de um cuidado qualificado (FRANCO, s/d).

Para isso, é necessário ter em mente até que ponto os gestores de saúde propiciam espaços de reflexão que possam promover aumento da potência do trabalhador no cotidiano de suas ações (FRANCO, s/d). Quais as formas que esses gestores exercitam seus desejos e potências, de maneira a alicerçar o modo de atenção psicossocial. Dessa forma, entende-se que:

A gestão do trabalho tem necessariamente que considerar que, seu projeto para o cuidado em saúde será viável, se for também um projeto do próprio trabalhador, mas não apenas como saber inscrito no seu lado cognoscente, mas como signos inscritos na sua subjetividade (FRANCO, s/d, p.3).

Assim, torna-se de extrema importância refletir sobre o objeto de trabalho da gestão. Aponta-se neste momento que este está situado no trabalho humano, de maneira a lidar com a multiplicidade e diversidade de interesses que perpassam esse espaço. Entende-se com isso que a gestão é um campo da ação humana que visa coordenar, articular e interar os recursos financeiros e humanos de forma a considerar metas e objetivos. Com isso, a gestão em saúde é a capacidade de lidar com conflitos, de ofertar modos de fazer, como métodos e diretrizes, assim como quadros de referência para análise e ação dos trabalhadores que compõem as equipes nas organizações de saúde (BRASIL, 2009b).

Diante da complexidade da atenção à saúde, a integralidade e a gestão passam a compor um campo importante de fortalecimento das ações de saúde, uma vez que a integralidade necessita de estruturas e mecanismos reguladores que organizam o fluxo de usuários entre os serviços, de forma que possibilitem uma

alteração nas relações existentes entre usuários/trabalhadores e trabalhadores/gestores (LIMA; RIVERA, 2009).

Tal alteração encontra-se na dialogicidade que pressupõem a relação existente gestor/trabalhador/usuário visto a posição gestora e suas características que interligam e proporcionam maior circulação e articulação aos demais serviços do território.

Dessa forma, ao pensar no sistema de saúde como uma rede que deve produzir continuidade do cuidado e integralidade das ações, afirma-se que as ligações entre os nós dessa rede de saúde só podem se concretizar a partir de interações entre os responsáveis pelo sistema (gestores), os responsáveis pela produção (trabalhadores e prestadores) e os cidadãos (usuários) que forma os três sujeitos da coordenação. Sendo assim, a gestão é entendida como um processo político capaz de produzir contratualidades entre os diferentes atores sociais (LIMA; RIVERA, 2009).

Portanto, as formas como é entendido o trabalho em saúde trará suas influências para todo o campo relacional com a saúde. Assim, busca-se ampliar as noções de **trabalho em saúde** para além do trabalho somente desempenhado pelos profissionais de saúde, mas a todo o esforço coletivo, que envolve a participação de múltiplos agentes sociais, os quais contribuem para a melhoria das condições de vida e saúde de indivíduos e populações, considerando por fim a constituição de rede de relações que permeiam “o fazer saúde” (TEIXEIRA, 2004).

Esse olhar sobre a saúde promove novas possibilidades de encontros e relações nos serviços de saúde, podendo impulsionar maior autonomia e empoderamento aos sujeitos, indo ao encontro das composições de redes (TEIXEIRA, 2004).

No campo da saúde mental, essa mudança relacional - de olhar o trabalho em saúde - confere à gestão possibilidades de ampliação do olhar sobre a vida da pessoa com transtorno psíquico e sua família, o que pode desencadear maiores entrelaçamentos e fortalecimento de laços presentes, não somente no que é conhecido por serviços pertencentes à rede de saúde mental, mas também o encontro com outros espaços que compõem o modo de atenção psicossocial de cidadania e empoderamento.

Tal perspectiva passa a ver o trabalho em saúde como uma grande rede de interações, onde a conversa e o comunicar-se dinâmico conecta os diversos pontos. Na constituição dessa ótica das relações na saúde, entende-se que a “técnica de conversa” define a dimensão dos encontros, a forma como percebidas e reagem as emoções e os afetos, de maneira que nessa relação é necessário verificar qual significação esta possui e reflete, enquanto linguagem e conhecimento no próximo e que utilizações serão possíveis de engendrar no próprio encontro (TEIXEIRA, 2003).

Assim, Teixeira (2004) apresenta o que ele define por “acolhimento dialogado”. Uma “técnica de conversa de apoio” ao processo de conhecimento das necessidades “do outro”, de forma a considerar as “afecções” e os “afectos” que permeiam o encontro.

O acolhimento dialogado ancora-se nas diferentes afecções do encontro, em uma leitura Spinoziana que fundamenta três princípios básicos para garantir um diálogo resolutivo. De forma primeira, há de se reconhecer o outro como legítimo outro, perceber suas singularidades e necessidades. Segundamente reconhecer que cada um é insuficiente e, portanto, o encontro proporciona aumento de potência. E por último, mas não de menor importância, reconhecer que o sentido de uma situação é fabricado pelo conjunto dos saberes presentes (TEIXEIRA, 2003).

O que pretendo destacar de todas essas observações é como o acolhimento dialogado, enquanto uma técnica de conversa, parece se caracterizar primordialmente por um conjunto de disposições ético-cognitivas, pela aceitação de um conjunto de pressupostos e predisposições no diálogo com o outro, o que define, a rigor, seus domínios de ação e de significação (TEIXEIRA, 2004).

Teixeira (2004) visualiza nas relações de troca a constituição do homem, enquanto alma, razão e emoção, a determinadas emoções e afetos. Trata-se de evidenciar a imanência afetiva presente no trabalho em saúde e o quanto o cuidado produzido, em ato, está fortemente condicionado por suas técnicas de conversa. Confere-se assim o entendimento às redes de trabalho em saúde como redes de conversações, que nada mais seriam que **redes de trabalho afetivo**, naquilo que configura como essencial nelas: a criação e a manipulação dos afetos.

Destarte, este estudo entende que o modo de atenção psicossocial modifica a forma de relacionar-se com a loucura, constituindo relações mais horizontalizadas. Assim, a atenção psicossocial é capaz de propiciar o engendramento de uma rede

de trabalho afetivo na gestão diferenciada do modo asilar de forma a produzir e ampliar novas conexões em rede, sendo que, ao produzir novas redes, há um aumento da potência das relações estabelecidas entre usuários, familiares e sociedade. Trata-se de fortalecer laços importantes no modo de atenção em saúde mental que respeite as singularidades, as subjetividades, e que opere na horizontalidade das ações.

A rede de trabalho afetivo é vista como essencial a uma gestão efetiva e resolutiva, de forma que se espera que uma gestão que produza trabalho afetivo seja capaz de produzir relações, conversações e manipulações de afetos que dêem conta de formas novas de conexões e novas redes.

De certo, vê-se que a gestão compõe um campo da saúde que é capaz de ser um encontro aumentativo de potência em seus diferentes encontros, quando percebe o outro (trabalhadores e usuários) em suas dimensões, afetos, possibilitando co-engendrar relações, significados, linguagem e conhecimento, conferindo a essas relações uma potência capaz de consolidar o modo de atenção psicossocial.

Por conseguinte, confere-se a essas redes de trabalho afetivo uma potência de co-produção, sendo estas, redes capazes de produzir outras redes, redes de produção de afetos. É a própria produção de redes sociais, de comunidades, de formas de vida, de produção de subjetividades individuais e coletivas e de sociabilidade (TEIXEIRA, 2004; HARDT, 2003).

De tal modo, vê-se na rede de trabalho afetivo de gestores um impulso que pode engendrar um olhar sobre a loucura permeado de afetos constitutivos de sujeitos e cidadania, que confere não só a atenção em saúde, mas o viver em sociedade, entendendo-a como produtora de outras redes.

Hardt (2003) refere-se à importância e à constituição que tomou o trabalho afetivo na pós-modernidade. Este faz parte dos tidos como trabalho imaterial aqueles cujas produções são bens imateriais: serviços, conhecimento e comunicação.

Neste momento histórico, os setores de produção e serviços econômicos apresentam um modelo rico em comunicação como produtora do capital, gerando o intercâmbio de conhecimento e informações. A partir de então, as tecnologias de comunicação tornam-se cada vez mais imprescindíveis para o mundo do trabalho e à vida, o que não significa que este não é considerado pelo capital; pelo contrário, o

trabalho afetivo assim como outros “trabalhos imateriais” são valorizados pelo capitalismo, e por isso apresentam forte potência em subversão ao sistema (HARDT, 2003, p.144).

Dentro dessa atividade é difícil distinguir o tempo de trabalho do tempo de produção ou do tempo livre (lazer) de forma que, quando o trabalho transforma-se em trabalho imaterial, ele passa a ser reconhecido “como base fundamental da produção”. Com isso, entende-se que esse passa a interferir em todo o ciclo de reprodução-consumo, de forma que o trabalho imaterial não se reproduz e “não reproduz a sociedade” e sim reproduz subjetividade (NEGRI; LAZZARATO, 2001, p.30).

De forma que um dos aspectos do trabalho imaterial, o trabalho afetivo, é constituído de saber vivo, presente na intuição, na interação e relações humanas entendidas como a própria manipulação dos afetos, tranquilidade, felicidade, bem-estar. Por meio do trabalho afetivo, os serviços de saúde, ou melhor, os profissionais e os gestores prestam seus serviços, presente no encontro físico e dos afetos (HARDT, 2003).

Diante do exposto o cuidado em saúde, mesmo inserido em uma produção capital, ele encontra-se imerso corpóreo e afetivamente, produzindo afetos imateriais em toda sua produção. O trabalho afetivo é entendido como aquele capaz de produzir afetos, potencializar o engendramento de outras formas de comunidade, de biopoder e de redes sociais (HARDT, 2003).

Logo, o trabalho imaterial complementa como um dos afectos que vêm compondo a produção em saúde nos últimos tempos. Considera-se que ambas as produções em saúde mental hoje, seja ela psicossocial seja asilar, são capazes de produzir trabalho imaterial, e nele está contido o trabalho afetivo, conseqüentemente, subjetividades. No entanto, entende-se que a rede de trabalho afetivo é produzida no encontro e, quando produzida no modo psicossocial, amplia-se em potência, potencializando o próprio modo de atenção psicossocial.

As formas como as potências são verificáveis no trabalho afetivo em saúde são por meio da: criatividade, motivação, cuidado relacional, capacidade de acolhimento, e vínculo produzidos no individual e coletivamente. Diante disso, as **redes de trabalho afetivo** vão contribuir e constituir as diferentes conformações das redes de trabalho (TEIXEIRA, 2003).

Dessa forma a interação humana, altamente relacional e comunicativa, constitui-se em um trabalho afetivo apto a co-produzir redes. **Pressupõe-se que, na perspectiva da atenção psicossocial, a produção do trabalho afetivo nos espaços de gestão em saúde, quando produzidos em rede, propicia a construção de redes mais próximas e resolutivas capazes de potencializar o modo psicossocial.**

Diante do exposto tem-se a seguinte questão: Quais os encontros que engendram uma rede de trabalho afetivo de gestores de um município que potencializam o modo de atenção psicossocial?

## **2. Objetivos**

### **2.1 Objetivo geral**

Conhecer os encontros capazes de engendrar uma rede de trabalho afetivo de gestores, de um município, que potencializam o modo de atenção psicossocial.

### **2.2 Objetivos específicos**

Identificar os encontros potentes que engendram uma rede de trabalho afetivo de gestores que potencializam o modo de atenção psicossocial;

Analisar as características presentes nos encontros potentes que engendram uma rede de trabalho afetivo que potencializa o modo de atenção psicossocial.

### **3. ABORDAGEM TEÓRICA**

#### **3.1 Spinoza e a saúde: afetos e afecções no modo psicossocial engendrando uma rede de trabalho afetivo por entre gestores**

Spinoza foi um filósofo que apresentou grande profundidade, riqueza e dinamismo, em seu tempo. Tais características possibilitaram que, mesmo após a formulação de suas teses no século XVII, sua obra suscitasse acalorados debates e diversas interpretações ainda atuais (EZCURDIA, 2008).

Spinoza scandalizou a comunidade judaica quando ainda no século XVII propunha uma reflexão a respeito dos dogmas teológicos, afirmando que Deus está presente nas relações de alegria do homem, por considerar Deus e a Natureza a mesma coisa, únicas. Dessa forma, Deus não teria poderes julgadores sobre os homens à medida que este não é dotado de um entendimento onisciente.

Spinoza com isso faz desabar o sustentáculo da tirania política, das relações de servidão e das superstições religiosas, rompendo com as imagens tradicionais de Deus e sociedade política. Diante disso, Spinoza foi odiado e expulso da religião judaica por suas teorias que exaltavam a razão livre do homem, presente na alegria de pensar sem submissão referindo à importância de afastar tudo que cause medo ou tristeza (CHAUÍ, 2005).

Filósofos tradicionais utilizaram seus estudos para ancorar suas reflexões originando, assim, teorias próprias como Gottfried Wilhelm von Leibniz, Georg Wilhelm Friedrich Hegel e Friedrich Nietzsche (EZCURDIA, 2008).

Friedrich Hegel teceu duras críticas a Spinoza, considerando-o inconsistente e dialético. Suas interpretações das teses Spinozianas ficaram conhecidas como o Determinismo de Spinoza. Hegel embasou-se na negação capaz de determinar progressivamente o ser, entendendo assim como essência fundamental a constituição de qualquer existência “que toda determinação é uma negação”. Sendo assim, Hegel não entendia como a determinação explícita na negação pode coexistir com as noções apresentadas por Spinoza de substância, a qual se exprime na

positividade e na afirmação de uma essência infinita - DEUS/NATUREZA (GAINZA, 2010, p.78).

Ao contrário de Hegel, releituras desenvolvidas por Gilles Deleuze na contemporaneidade ressaltaram na obra de Spinoza, que ficou conhecida como a visão expressionista de Spinoza, a qual se refere à singularidade do SER presente na diferenciação expressa, na perseveração. Por meio do Expressionismo, Spinoza passa a ser interpretado de outra forma, destacando as teses que deram origem à racionalidade moderna (GAINZA, 2010).

Para Spinoza, a substância é constituída por infinitas formas ativas de ser, referindo-se ao pensamento e à extensão como os dois únicos atributos que o ser humano conhece, constituindo-se, assim, as **expressões heterogêneas**. Trata-se de expressões diferentes de uma mesma realidade, heterogêneas e infinitas (universos materiais e mental infinitos). Dessa forma, denota-se que toda a substância é divina e infinita, única, por expressar-se por meio de diferentes formas, não fragmentada e diferente de maneira contínua, produzindo “coisas naturais finitas”, os modos (GAINZA, 2010).

A substância é concebida por si só, e conceitua-se também assim, independentemente do outro. Já os modos finitos explicam a forma como se verifica e conhece a substância absoluta a qual em sua essência encontra-se a potência. Os modos diferentemente da substância existem em outro e são produzidos por este, e por tais características, finitos (GAINZA, 2010).

O Conceito de potência de Spinoza designa uma atividade de causa inesgotável, conferindo a substância como determinada de sua essência, que acaba por produzir nela infinitos modos. Dessa forma, Deus, ou seja, a Natureza, não age em busca de fins, e sim dinamicamente, em potência, estando esta presente nos diversos atributos e gêneros. Sendo assim, Spinoza apresenta a autonomia da substância, onde cada um efetua a sua potência. No livro da Ética, parte I, proposição VIII este refere: “toda a substância é necessariamente infinita”. Trata-se de verificar o movimento heterogêneo dos seres sem que estes busquem efetivamente resultados, mas expressão de forma a mover-se de acordo a heterogeneidade dos atributos e gêneros. Não há uma relação de causa entre eles, e cada ser produz variáveis modos de maneira autônoma (SPINOZA, 2005, p. 69, GLEIZER, 2005).

Para tanto, verifica-se que uma expressão imanente a uma infinita potência de produção pode ser “considerado como um processo de expressão que se efetua através de distinções positivas” (GAINZA, 2010, p.78).

Diante desta construção conceitual Spinoziana, entende-se a constituição do sujeito, assim como de todas as coisas como únicas. Esta pode ser potencializada através das trocas estabelecidas a cada encontro com o outro, com o diferente. Todos são dotados de potência, que se constituem heterogeneamente em cada ser, conferindo singularidades e subjetividades presentes nas expressões, na forma como são estabelecidas as relações com si próprias e com mundo.

Sendo assim, Deleuze (2002) busca na releitura de Spinoza, conhecida como expressionista, ancorar-se nos conceitos que verificam na expressão e na distinção os conceitos-chave do processo de diferenciação que explica a constituição múltipla da realidade do ser.

Transpondo esses conceitos Spinozianos à saúde, mais especificamente à mental, considera-se a potência, vívida em expressão, ligada à constituição da diferença. Ao fato que entendendo cada ser como único questionam-se formas de atenção que não considerem essa diferença, as quais restringem a expressão e a potência individual da vida das pessoas, ou mesmo pré-dispõe de um único meio, modo, forma, espaço para promover atenção às pessoas.

Discutindo no âmbito do modo asilar e do modo da atenção psicossocial, tenciona-se a discussão para a qual dos dois modos é capaz de promover ou produzir mais diferenças e, portanto, potências vivas de existir.

Spinoza não percebia a vida como uma ideia ou uma teoria apenas, e sim como uma maneira de ser “um mesmo modo eterno em todos”, os seus atributos. Para Spinoza, uma única substância possui a infinidade de atributos, todas as criaturas, *Deus sive Natura* (DELEUZE, 2002, p.19).

Importante destacar que *Deus* para Spinoza não se trata de algo transcendental, inatingível, levando-o a afirmar que, para chegar-se a Deus, e tomar conhecimento deste, necessita-se conhecer a união da alma com a Natureza. Trata-se de entender que somente por meio do conhecimento e do intelecto se chega a Deus e às coisas capazes de libertar o homem e trazer-lhe a verdadeira felicidade (SPINOZA, 2005, GLEIZER, 2005).

Spinoza defendeu teorias as quais o homem expressa uma essência divina do ser, entendendo essa essência divina como **potência**. A potência pode ser aumentada ou diminuída por **afecções**. Entende-se por **Afecções** alterações e modificações causadas num corpo devido às interações que este realiza, pois “quando é afetado de uma maneira qualquer pelos corpos exteriores, deve envolver a natureza do corpo humano e ao mesmo tempo a do corpo exterior”. De forma que as *afecções*, quando produzem alterações de aumento de potência, levam o homem à alegria. Assim, trata-se de entender que Deus está no homem, é parte dele e expresso nele enquanto potência (SPINOZA, 2005, p. 153, GLEIZER, 2005).

Spinoza apresenta a ciência das ações e das paixões, referindo-se à origem da natureza e ao poder dos afetos sobre a alma. Neste sentido, o filósofo expõe o esforço de auto-preservação do ser - o *Conatus* - que em latim significa esforço. Como referido anteriormente, todas as coisas, a essência da natureza, possui uma potência de agir. Contudo, esta essência não pode sobreviver a uma contradição interna, ou melhor, a afetos contrários, o que seria um movimento auto-destrutivo, ou poderia se chamar de uma pulsão de morte. Assim, o *Conatus* trata-se de uma essência atual, sempre presente, uma força de perseveração do ser. Com isso, o *Conatus* é um movimento de perseveração da vida, de auto-expansão (GLEIZER, 2005).

No entanto, as coisas finitas diferentemente da essência/Natureza divina não existem por si só, necessitando estarem ligadas a outras coisas finitas. Essa ligação pode favorecer ou dificultar a potência de agir. Dessa forma, considera-se a potência das coisas finitas como uma forma de esforço que produz efeitos para um dado momento no mundo, levando, assim, a preservação em si. Contudo, o **Conatus** acaba por exercer uma força maior à medida que, além de ser um princípio de conservação do ser – dinâmico –, este se caracteriza, também, pelo princípio de auto-expansão e realização da essência singular de cada ser. Quando referido a essa força apenas à alma, chama-se **vontade**. Nesse caso, propõe pensar que vontade não é uma escolha, uma vez que “vontade” da alma acaba por ser o esforço contido nas ideias que irão compô-la (GLEIZER, 2005).

Essa força de perseveração do ser permeia o homem em todas as suas relações, inclusive as de trabalho, uma vez que todos os encontros são afetivos. Assim, as relações estabelecidas no mundo do trabalho, ou gestão, são permeadas

de *conatus*, que podem ser percebidas através da motivação profissional, das relações de aumento de potência, expressas na criatividade. Sendo assim, o *conatus* está presente nas diferentes relações felizes no cotidiano.

Quando se refere ao *conatus* da alma e do corpo, ou seja, do homem, chama-se de **apetite**. Dessa forma, as afecções do corpo correspondem a uma ideia das afecções da alma, tenha-se consciência dela ou não, diferentemente do **Desejo**, que se desenvolve justamente de uma dupla reflexão dos processos de afecções do corpo com as afecções da alma (GLEIZER, 2005).

Para tal, configura-se desejo quando o homem tem consciência de seus apetites. Com isso, refere-se ao Desejo como a essência do homem, determinado aos atos de conservação, a qual é entendida como o impulso originário, que se movimenta mediante uma “afecção qualquer”.

Essas “afecções quaisquer” nada mais são do que condições relativas necessárias à atualização do próprio Desejo. Sendo assim, verifica-se que o desejo é determinado e movimenta-se de acordo com essas *afecções*, de forma que essas podem estabelecer relações as quais vem indicar causa da consciência em si, uma vez que refletem a partir do Desejo - Conhecimento = Corpo + Alma - (SPINOZA, 2005, GLEIZER, 2005, p.32).

Pensemos, então, nas afecções quaisquer que permeiam o meio da gestão de serviços de saúde no que tange a saúde mental. Por um lado há várias afecções que, ao relacionarem-se entre si, estão ligadas ao estigma da loucura, como as práticas de servidão, a uma gestão hierárquica representada em sua rigidez. Por outro, há inúmeros outros afetos e afecções que se ligam a ideários de liberdade, cidadania, subjetividades e práticas gestoras mais horizontais presente nas relações multiprofissionais e, portanto, mais flexíveis.

Refletir a respeito das afecções presentes é importante no tange as fixações, uma vez que o desejo que liga a uma afecção ou outra depende das forças que se relacionam e das características que irão fixá-las, pois, uma vez que um afeto fixa-se, denotará ao corpo fixado características e personalidade.

No entanto, é importante destacar a multipluralidade do ser que confere diferentes personalidades aos múltiplos corpos que o compõem. Assim, as fixações das afecções que causam ao corpo certa personalidade são aquelas que por vezes o aprisionam ou promovem um movimento de fuga.

Quando aprisionado por meio das vontades, estabelece relações ilusórias, de desconhecimento das afecções que o afetam, que faz com que a mantenham fixado. São relações que tendem a se repetir. No entanto, quando o homem estabelece relações por meio do Desejo, este a cada novo encontro possui a aptidão de se afirmar nos bons encontros, de conhecer, de alegria-se, como ser desejante = potência.

Spinoza entende que é no encontro de diferentes corpos e ideias que emergem as potências, onde nesse engendramento a potência é sempre mais potente, assim o corpo e o espírito compõem-se e (de)compõem-se (liga-se ou desliga-se) a partir daquilo que os afeta (SPINOZA, 2005, DELEUZE, 2002).

Assim, Spinoza confere a alma e a potência do espírito à relação de extensão do pensamento; àquilo que está inconsciente. Defende que a ordem das causas é definida pela expansão de cada corpo, cada ideia. E cada espírito no pensamento constrói a partir das diferentes relações as quais são submetidos estes corpos, estas ideias (DELEUZE, 2002).

Nesta perspectiva, é necessário entender que Spinoza apresenta o Corpo como um modelo, como forma a criticar justamente a sociedade no século XVII. Este se refere ao desconhecimento das potencialidades “dos corpos” e às diferentes formas que o homem utiliza-o. No entanto, mesmo o homem desconhecendo a potência do “Corpo”, utiliza-o por tantos momentos sem consciência de seus decretos, desejos, e das diversas formas de movê-lo e dominá-lo. O faz por diferentes causas e formas de lidar com as paixões. Para tal, Spinoza apresenta o postulado da Ética a qual propõem um novo olhar, diferentemente do instituído até então, que liga a alma às ações do corpo, como coexistentes e paralelas, sem sobreposição de um sobre o outro (SPINOZA, 2005, DELEUZE, 2002).

Trata-se de mostrar que o corpo ultrapassa o conhecimento que dele temos, e o pensamento não ultrapassa menos a consciência que dele temos. Não há menos coisas no espírito que ultrapassam a nossa consciência que as coisas no corpo que superam nosso conhecimento [...]. Procuramos adquirir um conhecimento das potências do corpo para descobrir paralelamente as potências do espírito que escapam à consciência, e poder compará-los (DELEUZE, 2002, p.24).

Apresentando o Corpo como um modelo, Spinoza refere-se às diferentes manifestações deste e expressa sua compreensão de potência, considerando que a consciência é uma ilusão humana, uma vez que o homem tende a ignorar as

relações causais de suas escolhas. Com isso, o homem tende a reconhecer os efeitos causados pelos diferentes encontros e reconhece a alegria a partir de um encontro que o compõem e inversamente sente tristeza quando, a partir de outro encontro, decompõe-se, ou seja, quando outro corpo ou uma ideia ao encontrar-se ameaçam a coerência (GLEIZER, 2005).

Na saúde mental a compreensão do corpo a partir de Spinoza e suas manifestações expressas podem ser entendidas pela modificação dos encontros que se estabelecem com a loucura, dos vários corpos e dos vários afetos que a compõem em dois modos distintos que se entrelaçam e co-habitam imaginários e práticas: o modo asilar e o psicossocial.

No âmbito do modo asilar as relações estabelecidas são disciplinadoras e servis, em espaços físicos que propõem isolamento aos internos, com finalidade de curar e torná-los corpos dóceis e obedientes. Assim, as interações humanas nesses espaços são determinadas pelos profissionais que nessas instituições trabalhavam, e suprimidas de forma a limitá-las ao máximo, por meio de castigos e punições exilares.

Da mesma forma eram estabelecidas as relações profissionais nesses espaços, que por mais que possuíssem um pouco mais de autonomia, pois podiam estabelecer relações com o mundo extra-institucional, configuravam-se em relações servis, de reprodução, pouca reflexão, e de submissão a gestões rígidas. E os gestores que viam nessas instituições formas de atenção legitimadas do saber científico psiquiátrico, tidas como únicas capazes de propiciar a cura, estabeleciam relações de poderes autoritários a fim de manter a funcionalidade das instituições; relações essas que apesar de serem criticadas e reformuladas perduram há séculos.

Por outro lado, o modo de atenção psicossocial modifica a forma de estabelecer tais relações, de maneira a entender que o sujeito não está somente no lugar de sofrer as afecções referentes às suas dificuldades, mas este passa a ser visto como sujeito desejante, capaz de se reconhecer como agente implicado nesse processo (COSTA-ROSA 2000).

Com isso, a relação existente entre os profissionais passa a ser interprofissional e mais horizontalizada de construção coletiva. Não diferente, os espaços de gestão modificam-se, passam a tornarem-se espaços de co-gestão de maneira a envolver todos os atores que compõem essa instituição, alterando os

fluxos decisórios de poder – “saber não é poder”. Modifica-se a Ética das relações, que pressupõe a descentralização do poder que visa à interação social, presente no cuidado em liberdade, e no retorno da cidadania das pessoas com sofrimento psíquico capaz de produzir singularidades e processos relacionais diferentes com a loucura (COSTA-ROSA, 2000, p.160).

Voltando ao que se refere à natureza dos afetos – *affectum* –, entendem-se as afecções do corpo pelas quais “a potência de agir” desse corpo aumenta ou diminui; é favorecida ou prejudicada assim como as ideias dessas afecções. Quando a causa é adequada – intelectualizada – das afecções resulta em uma ação; em outros casos quando é inadequada – ilusões – conceituam-se as paixões. Um movimento entre a passividade e a atividade (SPINOZA, 2005, GLEIZER, 2005).

No entanto, o homem, por não entender as causas e os desejos, acaba por engendrar-se a afectos os quais este não domina, tendo a ilusão de um livre-arbítrio o qual julga ser consciente. Isso reflete a percepção do sujeito de pensar-se, enquanto causam primeira e única, conferindo-lhe uma falsa interpretação de si mesmo. A tal percepção equivocada Spinoza chama de ilusão de liberdade onde existem apenas ideias equivocadas – entendidas como primeira fase do encontro – paixões que se falará num segundo momento (SPINOZA, 2005, GLEIZER, 2005).

Aqui Spinoza refere-se às diferentes vontades que impulsionam o homem a ligar-se a afecções socialmente estabelecidas e reforçadas, os quais este desconhece a causa. A partir deste postulado Spinoza elaborou a teoria da Afetividade Humana, apresentando um projeto de liberdade que compõem sua constituição sobre a Ética a qual entende que “só o conhecimento verdadeiro das causas dos mecanismos afetivos aos quais estamos submetidos permite elaborar uma técnica realista para moderar as paixões” de maneira a reduzir os efeitos ilusórios, ambivalentes e alienantes que explicam a experiência de desilusão. Por certo, só a potência do conhecimento racional permite transformar a vida e conduzir o ser humano a gozar dos afetos ativos (SPINOZA, 2005, GLEIZER, 2005, p.10).

Destaca-se que cada sucesso e satisfação reforçam o poder do homem de resistir à tristeza, pois a Ética está presente justamente na tensão entre a passividade e a atividade. Com isso, há necessidade do desejo aprofundar-se de forma a seguir um desenvolvimento em espirais de domínio da tristeza. Assim, a

“Ética é uma estratégia da alegria e das redes de aliança entre afecções”, reforçando e suscitando alegria, de forma a resistir às tristezas (RIZK, 2006, p.200).

Para Lins (2008, p.48), “a Ética é a filosofia da alegria inserida na afirmação do desejo e nos sentimentos alegres do ser em ação”. O autor mostra a atualidade de Spinoza à medida que suas concepções encontram-se presentes numa razão nômade, itinerante, em movimentos constantes de criação, de territorialização e desterritorialização. Trata-se de um sistema que busca afetividade e constitui a partir deste um poder apropriado em ato, único, diferenciado e desejante (LINS, 2008).

O território é o conjunto dos projetos e das representações nos quais vai desembocar, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos (GUATARRI; ROLNIK, 2010, p.388).

O território configura-se no empoderamento àquilo que é familiar, no sentir-se em casa, quando este abre, ou seja, ocorre uma ruptura, considera-se a sua desterritorialização. Desterritorializado é quando este se liga às linhas de fuga até sair de seu curso e se destruir; situa-se no caos. Sua reterritorialização consiste em uma tentativa de recriar, recompor um território engajado em um processo desterritorializante (GUATARRI; ROLNIK, 2010).

Nesse sentido, este estudo entende o modo psicossocial e as afecções que o constroem como aquelas capazes de proporcionar encontros potentes. Uma vez que proporcionam um maior encontro com o desejo, e com a diferença, tendem a ampliar os encontros de maneira construir redes que se constituem/territorializam e se reconstituem/desterritorializam, de maneira a se territorializarem novamente. Por conseguinte, o modo de atenção psicossocial é entendido como substitutivo ao modo asilar, anteriormente entendido como único espaço para a loucura; um estabelecimento de relações servis de aprisionamento, cristalizado, constituído conforme conceitos de Spinoza de encontros inadequados, ilusórios, que limitam e por vezes impedem a constituição de redes.

Entretanto, entende-se que a instituição manicomial por permear a sociedade durante séculos foi capaz de cristalizar um estigma com tal força, que se constitui num afeto de captura muito presente nas relações com a saúde mental e, principalmente, com a loucura na sociedade. Negá-la no dia a dia acaba por passar despercebido, uma vez que encarar tais afecções reflete em diminuição de potência

encontros inadequados, tristes. No entanto, por outro lado, refletir sobre esse modelo aparece como uma fuga, dessa forma tão fixada de servidão e exclusão.

Dessa forma, as práticas presentes nos serviços de saúde mental não necessariamente são práticas que refletem o modo de atenção psicossocial, pois a existência de um serviço de nome Centro de Atenção Psicossocial não nos dá garantias de práticas que refletem a ética do modo psicossocial, e sim as práticas e a forma de relações que se estabelecem nesses espaços.

Consequentemente, é necessário conhecer as afecções e no que consiste a Teoria da Afetividade Humana, que assume uma função essencial ao postulado sobre a Ética Spinoziana, assim como neste estudo. Inicialmente, Spinoza, em sua Teoria da Afetividade, considera que toda *“a vida afetiva e a ética do homem depende da natureza do seu conhecimento”*. Essa concepção permite explorar a noção de liberdade, e o projeto de libertação do homem. Assim, Spinoza recusa a incompreensibilidade e adota um princípio da inteligibilidade integral do real onde tudo tem uma causa ou razão. Pautado no método analítico, este recusa o método Cartesiano. Preocupando-se com as causas, utiliza-se, assim, do método dedutivo o qual considerava o *“verdadeiro método de invenção”* (GLEIZER, 2005, p24).

Dessa forma, a Teoria de Afetividade passa a ser explorada no contexto desse trabalho no que confere aos diferentes encontros, afectos aumentadores e diminuidores de potência do gestor para a conformação de redes de trabalho afetivo e de potencialização do modo psicossocial. Ocorre, então, uma (re)orientação do olhar sobre a loucura (doença) vislumbrando as construções pluralizadas do sujeito, através de uma proposta de diminuição do estigma do “louco”, por meio do estímulo às relações afetivas, às práticas sociais significativas com a família, ao trabalho, à sociedade.

Para o entendimento das constituições dos *affectedos*, retomaremos neste momento a **natureza destes** de forma a apresentar seus tipos **básicos e primitivos**. Primeiramente deve-se ter claro que os afetos são atribuídos tanto ao corpo quanto à alma, sendo estes a potência de agir e de pensar. Quando a potência de agir é do corpo, as ideias dessas afecções presentes alteram a potência de agir da alma – altera, portanto, a potência do pensar. Dessa forma, o afeto é uma afecção que faz variar a potência do agir em maior ou menor grau. A variação de maior grau – maior perfeição ou força de existir – chama-se alegria, por outro lado

aquela cuja potência é diminuída – um grau de menor perfeição ou força de existir – tem-se a tristeza. Esses, juntamente com o Desejo, são tidos como os afetos primitivos (SPINOZA, 2005, GLEIZER, 2005).

Há de se perceber então que os afetos apresentam uma natureza transitiva, passando de um grau para outro, ou seja, de uma perfeição maior para uma menor e vice-versa. Contudo, este movimento transitório não é oriundo de uma comparação afetiva – do que seria melhor ou pior escolher num dado momento do ser – uma vez que alma não compara o “estado presente do corpo”, mas sim contrai maior ou menor realidade de uma experiência vivida (GLEIZER, 2005).

Dessa forma, os afetos vão proporcionando ligações diversas que vêm a constituir uma rede de trabalho afetivo à medida que compõem as diferentes relações estabelecidas. Esse caráter transitório confere a um mesmo afeto ligarem-se diversas e diferentemente a cada encontro de acordo com a realidade ou a imaginação experienciada com cada afeto.

Continuemos a olhar o modo psicossocial como um afeto, pensando nos movimentos políticos e sociais de luta que os originara, em um âmbito de reforma política brasileira. A forma como uma mesma pessoa se liga a esse ideário de direitos e afirmação da diferença, ou mesmo o inverso, como se ligam ao estigma, irá depender como se experienciou cada um desses afetos.

Têm-se ainda os que podem ser verificados **afetos ativos e passivos** em decorrência de causas adequadas e inadequadas. Os afetos ativos são constituídos de causas adequadas, ou seja, àquela que compreendida totalmente e cujo efeito torna-se esclarecido totalmente e, portanto, origina-se dos exercícios adequados de da potência intelectual, reflexão (SPINOZA, 2005).

Já os afetos ditos passivos são aqueles formados de causas inadequadas. Nessas o efeito não pode ser totalmente identificado e conhecido, ou seja, “não pode ser conhecido por ela só”, necessitando de explicações complementares e oriundas de causas externas. Dessa forma, existem desejos passionais determinados pelas ideias confusas – inadequadas – e os desejos racionais determinados pelas ideias adequadas (SPINOZA, 2005, p.197).

Assim, quando esses efeitos são as afecções que fazem variar a potência, isto é, quando são afetos, eles são denominados ações quando se explicam exclusivamente pelas leis de nossa natureza, e paixões quando sua presença em nós não se explica apenas por nós, mas depende da existência de causas exteriores complementares (GLEIZER, 2005, p.37).

Spinoza contesta o dito popular “quando o corpo faz a alma padece” à medida que o filósofo entende que não há sobreposição entre corpo e alma, chamado de “o paralelismo de Spinoza”, cujo expõe a passividade mental como correspondente à passividade corporal, assim como a atividade mental corresponde à atividade corporal. Afirmar ainda que a alma é passiva no que tange os seus efeitos inadequados; e ativa, quando produz efeitos adequados construídos a partir de suas ideias adequadas. Considera-se, portanto, que as ideias do imaginário estão diretamente ligadas à passividade mental – tanto a cognitiva quanto a afetiva – e as atividades mentais ligadas às ideias do intelecto.

Assim, quando produzidos os efeitos adequados, entendidos como racionais, tem-se que na razão afetividades que lhes são peculiares, não havendo oposições entre razão e afetividade. A afetividade ativa será sempre caracterizada pela alegria e os encontros positivos, enquanto os afetos passionais, ligados às paixões – por dependerem de coisas exteriores ao ser – dependerão da compatibilidade ou não entre as coisas as quais se ligam, para assim produzirem aumento ou diminuição de potência, podendo produzir tanto tristeza como alegria. Importante ressaltar que as paixões são sempre passíveis de serem alegres ou tristes, bem como os afetos passivos pode produzir alegria (SPINOZA, 2005, GLEIZER, 2005).

[...] as paixões, ao resultarem naturalmente de nossa interação com causas exteriores sempre variáveis, se caracterizam pela instabilidade e trazem a marca de nossa dependência em relação ao outro, de nossa heteronomia e alienação. Com elas o nosso *conatus* se deixa orientar do exterior pelas afecções que nós sofremos, sendo as paixões eventos que nos ocorrem, mas que escapam ao nosso poder, colocando-nos à mercê da fortuna (GLEIZER, 2005, p.39).

Importante perceber que as ideias adequadas que provêm as reflexões de corpos desejantes impulsionam o homem à mudança, mobilizam-no a transformar. Ao relacionar os diferentes afetos que permeiam a saúde mental, entende-se que espaços que proporcionam maior interação e reflexão às pessoas a respeito dos afetos que as afetam são aqueles capazes de engendrar mudanças, de flexibilizar, e, portanto, satisfazer, gerando alegria.

No entanto, as relações presentes nesses mesmos espaços, quando ligadas às paixões, afetos ligados à imaginação, ideias inadequadas por dependerem do encontro com a diferença, e do outro, podem gerar alegrias ou tristezas, potências em maior ou menor grau de perfeição.

Diferente do exposto, as ações por serem resultantes de natureza, essência, tem por característica a constância, a autonomia com exercício pleno do *conatus*. Mas por que escolher um caminho e não outro? Cabe aqui entender o elemento cognitivo presente **nos afetos secundários** relacionados às conexões estabelecidas entre as ideias e os afetos (GLEIZER, 2005).

Têm-se como afetos secundários o amor e o ódio. Esses dois originam-se da *Conatus* a entender: sabe-se que existem diversas conexões entre o afeto e as ideias que irão determinar a quais objetos e signos este vai se fixar, ao em vez de outros. O conteúdo das ideias liga-se há um objeto ou outro permitindo que o aspecto afetivo projete-se sobre ele, de modo que os encontros são estabelecidos. O caráter cognitivo presente nos afetos secundários permitem que esta conexão ocorra, entre ele e os objetos, uma vez que o conteúdo que o afeto investe é o da crença espontânea contida no conteúdo cognitivo (GLEIZER, 2005).

Inclui-se a isso o movimento da conservação da alma, pois esta buscará investir ou esforça-se (*conatus*) ao máximo por imaginar coisas aumentativas ou facilitadoras de potência. Assim, a alegria acompanhada da ideia imaginada do corpo externo, ou causa exterior, é o que para Spinoza definirá o amor. Com isso, o Desejo modificado pelo amor investe ao máximo, obsessivamente, para manter o objeto amado. Essa definição genética da essência do amor explica a vontade de quem ama unir-se ao objeto amado, uma vez que nesse encontro está presente o aumento de potência (SPINOZA, 2005).

Ao contrário acontece com os afetos diminutivos, quando a alma detecta coisas que diminuem ou reduzem a potência do agir; esforça-se ao máximo por coisas capazes de excluir a existência delas. Destarte, explica-se geneticamente a existência do ódio, presente da união da ideia imaginativa com a tristeza de uma causa externa. A alma não se esforça por imaginar, ou ligar-se, às causas tristes, uma vez que isto contraia o *Conatus*. A alma resiste às ideias tristes de maneira a tentar excluí-las do objeto odiado. Esse esforço de exclusão do objeto odiado forma um encontro obsessivo com aquilo que pode destruí-lo.

Isso explica a força como se organizam as relações com os diferentes afetos de um mesmo corpo, e o movimento do homem em relacionar-se, o que ilusoriamente, ele identifica como iguais ou semelhantes. No entanto, são relações que, por fortalecer e aumentar a potência de um dado corpo, são capazes de co-

produzir outros encontros, e estabelecer diferentes redes de encontros. Essa genética do amor que faz com que o corpo desejante ligue-se ao objeto amado, mesmo quando ilusória, é capaz de produzir afetos aumentativos de potência e, portanto, alegria. Entendido aqui como relações capazes de produzir criatividade e motivação.

Resume-se, então, que o desejo quando modificado pela alegria ou tristeza – afetos primários – é capaz de fixar-se sobre os múltiplos objetos do afeto. As representações imaginativas de amor e ódio aqui descritas fazem parte das ideias confusas e inadequadas, repercutindo em falsas interpretações desses encontros quanto de si mesmo. É neste caso que o homem tem a ilusão que é livre em suas escolhas, quando na verdade trata-se de um movimento ilusório do *Conatus*.

Para entender como isso se confere, nos diferentes encontros, e como o corpo identifica os aumentativos de potência, e reage aos diminutivos desta, Spinoza explica os princípios de derivação afetiva. Considera-se *a priori* que as ideias imaginativas de um corpo encadeiam-se por ordem da memória. Esta atua toda vez que um corpo é afetado por dois corpos ao mesmo tempo. Assim, a alma ao imaginar um dos corpos inevitavelmente remeter-se-á ao outro (GLEIZER, 2005).

Entende-se que caso o primeiro corpo produza uma afecção afetiva neutra, e o segundo desperte um afeto feliz; toda vez que a alma lembrar-se do primeiro automaticamente, irá sentir-se feliz. Tais associações são justapostas em espaço e tempo, e entre os traços de semelhança existentes entre as imagens que afetam cada corpo. Assim, explica-se o fato de diversas vezes o corpo reconhecer em novos corpos semelhanças de afecções afetivamente positivas ou negativas de acordo com as vivências passadas, ou seja, sente-se simpatia, ou antipatia a algo ainda desconhecido ou pouco conhecido ao corpo (SPINOZA, 2005, GLEIZER, 2005).

Tal ambiguidade é possível devido à multiplicidade do corpo, pois este é composto de múltiplas partes de naturezas diversas, o que torna um objeto capaz de afetar positiva uma dessas partes e negativamente outras. Dessa forma, cada corpo é composto de diferentes corpos e afetos numerosos e contrários.

Dessa forma, as paixões humanas são submetidas a esta associação que passa a reproduzir na mente por meio da memória fusões de imagens corporais espaço-temporal justapostas que, atuando em conjunto com a flutuação do ânimo,

podem ser um corpo objeto de ódio ou alegria, ao mesmo tempo permitindo assim a produção de uma ambivalência afetiva. Tem-se ainda que as ideias imaginativas são atemporais, não se encontram somente no presente, mas também no passado e futuro, configurando sentimentos de “não mais” e “ainda não”. Os afetos contrários co-habitam de maneira conflitante no homem, não se anulando mutuamente (SPINOZA, 2005, GLEIZER, 2005, p.45).

O sentimento de esperança surge quando alegria, ainda instável, é originada de uma ideia futura ou passada da qual se tem dúvidas e não se pode ter certeza. Por outro lado, quando se tem a tristeza instável cuja origem também é passada ou futura cujo futuro não se sabe e instala-se a dúvida, temos o sentimento do medo. Trata-se de uma díade, de maneira que não há esperança sem o medo, sendo o contrário também verdadeiro. Pode-se avançar ainda na afetividade de maneira que no exemplo citado se, ao extinguir-se a dúvida da esperança, estabelece a confiança. E no caso da extinção da dúvida diante do medo tem-se o desespero (SPINOZA, 2005, GLEIZER, 2005).

Todavia esses são permeados de instabilidade, uma vez que os conhecimentos oriundos de acontecimentos temporais são sempre inadequados. Têm-se ainda as relações interpessoais da afetividade, pois um corpo, em potência, realiza encontros com outros corpos também desejantes em potência; há um processo complexo chamado “imitação dos afetos”. Esse mecanismo é pré-reflexivo, entendido como um contágio emocional, como um mecanismo automático o qual não se estabelece por meio de comparações. É dessa forma que se modificam os afetos e condutas sociais, à medida que um corpo atribui afetos imaginários a outros corpos e esses afetos, por sua vez, reagem modificando a relação (GLEIZER, 2005).

Isso ocorre como uma microfísica do poder Spinozista, onde a imitação afetiva não se estabelece pela conclusão lógica (raciocínio), e sim das imaginações. Basta que alguém imagine um aumento ou diminuição de potência em outra pessoa (corpo) semelhante ao seu, e a partir daí desenvolva os mesmos sentimentos que ele (RISK, 2006).

Aqui se tem como se estabelecem as relações de reciprocidade em comunidade.

Na piedade nós nos entristecemos espontaneamente diante da tristeza de nossos semelhantes, e por isso nos esforçamos por suprimir essa tristeza (deles, mas no fundo também nossa) através dos atos de benevolência. Da mesma forma, na emulação nós

tendemos a semelhantes, e quando este objeto não pode ser possuído se não por uma pessoa (o que em geral é o caso com os objetos espaços-temporais finitos da imaginação), somos naturalmente tomados pela inveja e nos esforçamos pra fazer com que o outro não o possua (GLEIZER, 2005, p.47).

A imitação dos afetos como uma produção coletiva de afetos confere um ponto importante no que tange o trabalho afetivo de gestores na saúde mental. Destaca-se que a postura relacional desses com afetos do modo psicossocial ou do modo asilar acabam por reforçar a imitação desses afetos pela forma como vão se reproduzir socialmente esses ciclos imaginativos no ambiente de trabalho em saúde.

Esses ciclos imaginativos fazem com que o desejo seja afetado socialmente, de maneira a dispensar esforços para aquilo que imagina ser esperado ou aceito pela sociedade e os afetos em comum. De mesmo modo que a reprovação social produz tristeza, rivalidades e guerras pelo reconhecimento. Essas relações não se estabelecem somente interpessoalmente, mas também de modo intrapessoal, uma vez que as paixões constituem-se também da forma como a cada um se percebe e se (re)conhece, imaginando como é percebido pelo mundo (SPINOZA, 2005, GLEIZER, 2005).

Percebe-se, portanto, um conceito importante no que confere à construção social da loucura, permeada de estigma. Trata-se de entender como são e foram engendradas essas formas e como é percebida a loucura. Entendidas como formas fixadas que incutiam no louco o conceito de não saber, de não verdade e não poder que cada vez mais presente era reproduzido – imitado – de maneira a enraizar, capturar e fixar relações servis de desconstituição de sujeito que acabaram por construir naquelas pessoas com transtorno mental sentimentos de humildade extrema, servidão e impotência.

Diante disso, vê-se a importância de aumentar a rede de afetos, aumentadores de potência, construídos por meio de relações mais horizontalizadas, de maneira a cada vez mais engendrar sujeitos desejantes, que irão construir novas redes. Os encontros afetivos estabelecidos entre os gestores, os profissionais de saúde, e pessoas com transtornos mentais, familiares, coletivamente são capazes em potência de engendram novas redes afetivas, pautadas em ideários de coletividade, respeito às singularidades, cuidado relacional produtores de motivação, e criatividade. São sujeitos desejantes que em potência estabelecem redes potencializadoras de outras redes.

Mas a maior ilusão do homem dá-se por imaginar que as coisas exteriores agem livremente, como causa única e contingente, o que o leva a concentrar sobre este único objeto toda a intensidade de seu afeto. Contudo, ao imaginar que as coisas exteriores agem por necessidade, passa a se entender uma multiplicidade de causas, que irá promover uma diminuição na ligação afetiva entre elas (GLEIZER, 2005).

Tem ainda que se pensar a respeito das forças das paixões. Uma vez que as paixões são coisas naturais, e como tal dotadas de *conatus* próprio, sendo estas resultantes da conjunção de afetos exteriores. Assim, as paixões possuem potência de causa exterior sobre o homem, o que confere a elas força, crescimento e perseverança. Isso explica porque diante de algumas afecções e afetos tomam-se ações que produzem vergonha ou arrependimento, pois a potência da paixão pode superar a do homem, tendo sua supremacia, à medida que não se explica exclusivamente em uma só parte (GLEIZER, 2005).

É importante destacar que há inúmeros afetos que coexistem. Ao mesmo tempo em que se fixam, proporcionam deslocamento, desacomodam e fixam-se novamente. No que confere a saúde mental, percebe-se que há meios de constituir e, por que não, consolidar e tornar fixos territórios de cuidado em liberdade no modo de atenção psicossocial, pois se trata de um momento histórico onde não há mais somente uma forma de tratamento presente – o manicômio – e sim diversos outros movimentos e afetos, que circundam as cidades, que se fazem presentes e co-produzem-se em meio às comunidades, e por atuarem ligados ao desejo potencializam-se.

São espaços que se organizam em rede e, portanto, possuem maior poder de afetar concomitantemente, e de produzir outras redes, tendo em vista que isto é fundamental para deixar de perceber um afeto como causa primeira, mas, como necessidade.

Passemos, então, a entender mais claramente como se dá a natureza desses encontros e como um afeto pode tornar-se ativo, e eliminar as formas ilusórias que conferem os afetos inadequados.

### 3.2 Os encontros e a Microfísica do vínculo: uma forma de engendrar redes de trabalho afetivo de gestores

Spinoza afirma que o conhecimento intelectual é capaz de interagir com as paixões, transformando a vida afetiva de maneira a moderá-la, pois ambos, a paixão e o conhecimento intelectual, originam-se do Desejo. Assim, como já visto, o domínio das paixões vem das ideias adequadas, consideradas por ele como certas e verdadeiras. Trata-se de compreender o Desejo e desejar o que se compreende, o que torna o *conatus* mais eficaz. Mas não basta conhecer, afinal, pode se saber a direção aonde ir, e tomar o caminho contrário. É mais do que isso; é fortalecer o afeto de forma a expressá-lo – afetos ativos. Assim, os problemas éticos são determinados em quais condições os afetos ativos, adequados e verdadeiros, são mais fortes que as paixões (SPINOZA, 2005, GLEIZER, 2005).

Como a virtude da potência é finita, dela dependem as relações com o meio externo. Destarte, é necessário que as condições exteriores sejam favoráveis à potência intelectual. Sendo entendidas como aumentadores de potência, as paixões alegres são estas capazes de fornecer ocasiões favoráveis ao agir e ao pensar racional. Já as paixões tristes, contrariamente, acabam por inibir o desenvolvimento do intelecto, prejudicando, justamente, por resultarem de um desacordo com o meio (GLEIZER, 2005).

Os espaços de reflexão, aumentadores de potência intelectual, são entendidos como capazes de fortalecer a expressão de afetos ativos e, portanto, adequados. Dessa forma, a construção desses espaços deve ser estimulada por meio de novas composições de encontros para que os afetos possam ser fortalecidos e expressos.

Tendo em vista o modo de atenção psicossocial, a gestão e o trabalho afetivo qual seria a importância desses conceitos? Primeiramente, o modo de atenção psicossocial prevê em sua composição uma relação de diluição de poderes, onde uma micropolítica institui-se no encontro com a diferença, e na produção coletiva de subjetividades, dando voz à pessoa com transtorno, seus familiares, aos profissionais e aos gestores.

No que tange a gestão, o modo pressupõe que esta ocorra de maneira dialógica, horizontalizada de forma a constituir espaços de encontros entre aqueles que recebem cuidados, os trabalhadores e a sociedade. Há de se proporcionar uma forma de viver em sociedade, comunidade, de produção de vida.

Com isso, torna-se mais visível entender o trabalho afetivo e sua constituição na gestão, uma vez que o trabalho afetivo é caracterizado por aquele que é produzido em ato; um saber vivo, presente no cotidiano, identificável na motivação, no saber produzido pela experiência, na capacidade de discernimento, de coordenação, de auto-organização e comunicação caracterizadas por serem insubstituíveis e não-objetiváveis. Trata-se de um aprendendo a apreender, ou um fazer fazendo.

Spinoza entende que a vontade de poder está intimamente relacionada com a ausência de potência, configurando-se a própria repetição da impotência. De maneira inversa relacionam-se potência e poder. Quanto mais poder deseja-se, menos potência se tem. No entanto, o poder gera uma multiplicação de dependência e de passividade, o que varia negativamente a potência do agir. Assim, o desejo de poder “é proporcional à dominação sofrida e inversamente proporcional a potência efetiva” (RIZK, 2006, p.127).

Essas se diferem das relações do modo de atenção asilar que pressupõe formas de saberes científicos psiquiátricos que, por tais características, são dados como saberes incontestáveis e, portanto, para alguns justificáveis e reproduzidos numa forma verticalizada de saber e relações servis.

Frente a isso, torna-se necessário ressaltar que Spinoza entende as paixões tristes como diminuidoras de potência, sendo estas tidas sempre como prejudiciais. Para ele, há uma exploração das paixões tristes (medo, humildade, arrependimento). Este se refere a ela por meio de três personagens que representam esse encontro: o escravo, o tirano e o padre, tidos como aqueles que não sabem fortalecer a potência das almas e sim deprimi-las. Primeiro, o homem das paixões tristes; segundo, o que explora as paixões tristes e; o terceiro, que precisa delas para estabelecer seu poder (DELEUZE, 2002).

Spinoza, ao denunciar os afetos tristes, refere-se às relações que se travestem em regras morais e impotência. Assim, toda vez que há um encontro com algo que não convém, ou seja, que não compõem, há uma subtração de potência,

uma fixação, o que se configura em a paixão de tristeza. Da mesma forma, o inverso ocorre quando há um encontro com um afeto que compõem, adiciona-se, tornando a potência de agir ampliada, ativa (DELEUZE, 2002).

É necessário rever este conceito para identificar que as relações de servidão presentes no modo asilar, por mais que possam ser entre aqueles que se utilizam delas para adquirir poder ou para explorá-las, continuam sendo relações de tristeza e, portanto, diminuidoras de potência.

Diante do exposto, entende-se que as relações presentes no modo asilar se caracterizam por relações tristes e, por tal, sempre diminuidoras de potência, para todos aqueles que se ligam a esse modo de atenção, uma vez que se limitam e tornam-se praticamente inexistentes momentos de reflexão e de aceitação da diferença. Assim, não se entende o manicômio, ou o modo de produção asilar ou como capaz de potencializar encontros felizes e, portanto, produtores de saúde uma vez que:

O desenvolvimento da razão nos torna menos submissos em nossas interações com o meio circundante e nos permite satisfazer de modo mais eficaz nossos desejos passionais (GLEIZER, 2005, p54).

Igualmente, com o desenvolvimento da razão, cresce o conhecimento das propriedades comuns, dos afetos semelhantes, organizando as relações estabelecidas com o mundo de maneira a incentivar a ascendência das paixões alegres sobre as tristes. Alteram-se as relações de força entre elas para as ações de maneira a elaborar a própria vida, ou melhor, a afetividade humana, desenvolvendo progressivamente os desejos e as alegrias – afetos ativos – que nascem do exercício. Tais exercícios, entendidos como a “Terapêutica Espinosista”, tratam-se do poder da alma sobre os afetos (GLEIZER, 2005).

Spinoza entende que a razão não pede nada que seja contra a Natureza. Assim, o desejo racional é um esforço para fazer o que serve a nossa conservação e auto-realização de ideias dadas de forma que cada ser deve procurar o que lhe é útil e verdadeiro, deseje tudo que o conduza a uma perfeição maior: a felicidade (GLEIZER, p.52).

Spinoza apresenta 20 proposições a respeito do que para ele seriam “os remédios às afecções, isto é tudo aquilo que a alma, considerada por si só, pode contra elas”. Tais remédios às afecções são passos para a reflexão, pois é através

dos exercícios de reflexão que se adquire autoconhecimento e, portanto, conhecimento do intelecto e suas forças (SPINOZA, 2005, p.387, CHAUÍ, 2005).

Então, na parte V “Da potência do entendimento ou da liberdade humana”, no Escólio da Proposição XX, tem-se um resumo do que a Potência da alma pode com a força dos afetos, reunindo várias de suas proposições, ou melhor, “os remédios” em 5 partes (SPINOZA, 2005, p.387):

- I. “no próprio conhecimento das afecções (afetos)”;
- II. “em que ela separa (o afeto) do pensamento da causa externa, que nós imaginamos confusamente”;
- III. “no tempo em que as afecções, as quais se referem às coisas que conhecemos superam aquelas que se referem às coisas que temos idéia confusa ou mutilada”;
- IV. “na multidão das causas pelas quais são favorecidas as afecções que se referem às propriedades comuns das coisas ou a Deus, são alimentadas”
- V. “na ordem, enfim, em que a alma pode ordenar seus afetos e concatenar as próprias afecções entre si”

No primeiro ponto, “I”, Spinoza refere-se ao que foi apresentado em seu Escólio da Proposição IV, destacando que ter conhecimento claro e distinto das afecções pela qual somos afetados, de forma a considerar que cada um tem o poder de conhecer a si mesmo, de conhecer se não todas, mas parte de suas afecções de maneira clara, de forma a separar as afecções das ideias inadequadas (paixões), associando-as aos pensamentos verdadeiros (ideias adequadas), encontrar-se-á o contentamento, a potência.

Apresenta que todas as paixões podem se tornar ideias adequadas, por meio da reflexão, de forma a diminuir os afetos (paixões) inadequados e transformá-los em afetos ativos, ou seja, ações e virtudes (GLEIZER, 2005).

Em seu segundo ponto, “II”, Spinoza retoma sua Proposição II, quando se refere à separação da emoção (paixão) dos pensamentos das causas externas e reuni-se essa emoção a outros pensamentos, o que vem a reforçar o apresentado anteriormente à medida que as percepções por vezes são adquiridas de experiências vagas, paixões, ideias inadequadas, e isso faz com que essas se fortaleçam e permaneçam firmes por não ocorrer nenhuma outra experiência que a ele se opõem. Spinoza, dessa forma, propõe ligá-las a outros pensamentos, por meio da reflexão, fortalecendo o esforço intelectual de maneira a produzir uma re-

interpretação de vida passional e se desfazer das ideias confusas (CHAUÍ, 2005; GLEIZER, 2005).

No terceiro ponto, “III”, Spinoza retoma a Proposição VII que se refere ao tempo que as afecções são capazes de afetar. Considera-se aqui que, quanto mais tempo estiver presente um afeto, mais o conhecemos mais claro e adequado este se torna, e é mais forte sua presença do que os afetos que poucos conhecemos e, portanto, são produzidos por ideias inadequadas.

Assim, para que seja possível perceber as afecções adequadamente, é necessário que se deduza sua causa, a partir de algo universal que vem acompanhado sempre de outras propriedades capazes de elucidar claramente a situação. Dessa forma, os afetos que são oriundos da razão são aqueles que se referem às propriedades comuns, imutáveis e encontram-se no presente. Assim, ao longo do tempo, essas são, constantemente, reavivadas, tornando-se estáveis, e tendem a superar as paixões instáveis, que são ausentes (CHAUÍ, 2005; GLEIZER, 2005);

No quarto ponto, “IV”, Spinoza refere-se às Proposições IX e XI, abordando que, quanto maior o número de causas externas que uma paixão liga-se a uma afecção, menos poder esta terá de afetar negativamente, e menos sofrimento causará, ao contrário do que uma paixão ligada a uma única causa. Ao mesmo tempo em que, quanto mais causas externas um afeto está ligado, mais presente ele se torna, ocupando mais a mente.

É do conhecimento de causa próxima onde finalmente tem-se uma percepção da essência das coisas. Para tal, quanto mais causas circundar um afeto, simultaneamente, mais presente ele se faz e menos intenso ele se encontra de maneira a diminuir a relação passional obsessiva de ideias inadequadas (ilusórias). Assim, a multiplicidade de causas vem acompanhada da ideia de necessidade atenuando sua força passional (GLEIZER, 2005);

E, por fim, no “V” ponto, Spinoza refere-se ao Escólio ligado à Proposição X e às Proposições XII, XIII e XIV explicitando que, quanto mais claramente se conhecer as imagens mentais produzidas pelos afetos, mais essas imagens se ligarão a outras, e mais vivas ativas serão. Nascerão então ideias verdadeiras das afecções, virtudes e felicidades, uma vez que o poder de concatenar adequadamente as

ideias, e as afecções do corpo confere uma proteção quanto às ideias imaginativas, afecções más, ou seja, diminuindo assim o poder de afetamento dessas.

O que significa que, quando estamos sobre o efeito das paixões alegres, temos maior poder de ordenar os afetos por meio da inteligência, diferentemente de quando estamos tomados pelas paixões tristes. Trata-se de um exercício de autocondicionamento sobre os efeitos do que nos é “verdadeiramente útil”. Dessa forma, ao refletir (imaginar) sobre as diversas situações possíveis, está-se mais preparado para enfrentá-los quando necessário. Isso fortalece os afetos racionalmente organizados e os confere maior poder e efeitos sobre os afetos vagos (GLEIZER, 2005).

A partir daí Spinoza chama atenção que, para ter-se um conhecimento adequado da potência da alma sobre as afecções, devem-se perceber as diferentes relações/encontros com as paixões, afecções, em diferentes corpos, de maneira a compará-los, pois o conhecimento adequado das coisas é entendido como a expressão plena da potência intelectual, de onde nasce o mais alto contentamento interior.

Este conhecimento ativo não está sujeito à dependência da aprovação externa ou ao reconhecimento por parte dos outros, mas sim está presente na ideia adequada de Deus como causa, uma vez que na ciência intuitiva de Spinoza, nessa potência, é apreendida como a expressão certa e determinada da potência divina, quando se adquire o conhecimento da união do homem com a Natureza inteira – Deus (GLEIZER, 2005).

Esse entendimento da essência divina presente no homem, reconhecida nas diferentes formas de expressão, e na necessidade de reconhecê-la nos diferentes encontros de forma a satisfazer-se sem se preocupar com reconhecimento por parte de outros, liga-se a novas formas de relação com a loucura e nas novas formas de relações que se estabelece entre os gestores, trabalhadores e usuários. Assim, reconhecer e refletir sobre os afetos que permeiam suas práticas (manicomiais ou do modo de atenção psicossocial) é necessário para que possam ser desempenhadas com consciência que garanta satisfação e alegria na promoção de suas ações. De outra forma, auxiliar e promover para que os usuários reconheçam e reflitam sobre suas formas de se relacionarem com seus afetos, empoderá-los, tange a maneira de

viver na cidade satisfatoriamente, com suas diferenças a compor os espaços que circulam.

Cabe ainda ressaltar que uma paixão é grande quando uma mesma afecção domina mais um homem que outro. Ou até mesmo quando se comparam diferentes afecções em um mesmo homem e percebe-se que este está mais comovido ou possuído mais por uma do que pela outra. Com isso, Spinoza afirma “porque a força de qualquer afecção se define pela potência da causa exterior comparada a nossa”, e ressaltar que um afeto só pode ser reduzido ou suprimido por um afeto contrário mais forte (SPINOZA, 2005, p.388).

Diante do exposto, o espaço “afetar” da cidade e da produção de vida na cidade produz números maiores de afetos e afecções presentes, de maneira que estes possam afetar mais fortemente a vida das pessoas a seus desejos possíveis do que lembranças e afetos manicomialis, uma vez que ainda não se conhece toda a potência da construção do modo de atenção psicossocial, já que este se produz nos encontros cotidianos do viver e conviver com a loucura na cidade.

Com isso, retomar-se-á a Spinoza de maneira a entender como se dão esses “encontros” com os afetos. Para tal, volta-se a sua construção teórica da Teoria da Afetividade apresentada em três gêneros que veem compor a Ética e a forma como a razão é capaz de organizar tais afetos a fim de formar a partir de ideias inadequadas ideias adequadas (conhecimento verdadeiro), indo das causas aos efeitos e ordem das ideias (RIZK, 2006).

Assim, têm-se como primeiro gênero do conhecimento **Imaginação**: trata-se do conhecimento por meio da experiência vaga, sofrida, mas não dominada, pelo fato de imaginar-se uma situação por noções confusas, ideias inadequadas, um conhecimento de traços que se confundem entre o corpo afetado e aquele que o afeta, capaz de produzir paixões (RIZK, 2006).

O Segundo Gênero do conhecimento **ou Gênero das Noções comuns** consiste nas coisas que se ligam por aquilo que possuem em comum, ou seja, a formação por ideias adequadas das propriedades das coisas. Aqui o conhecimento racional repousa nas noções comuns, compondo-se com outros corpos, o que confere sua extensão. Aquilo que nos outros corpos convém no movimento e no repouso. São relações que se compõem efetivamente em potência. É através dela que vê verdadeiramente na parte e no todo (RIZK, 2006).

E o Terceiro Gênero do Conhecimento ou **Ciência Intuitiva**: gênero que parte da ideia de Deus, das ideias adequadas do segundo gênero, o que irá proporcionar o conhecimento das essências das coisas singulares, pois é por meio das afinidades, coisas comuns, que se é capaz de perceber as singulares. O conhecimento intuitivo é puramente relacional e, por isso, completo (RIZK, 2006).

Teixeira (2004a), ao abordar as potências da alma, apresenta os três gêneros relacionais que compõem a Ética. Este busca, através de uma análise afetiva, considerar o que ocorre no encontro entre os corpos no campo da saúde, transpondo a teoria da afetividade de Spinoza para as relações na saúde, o que ele chama de “Microfísica do Vínculo”.

Dessa forma, entende-se que alguns eventos localizados em uma rede vincular podem propiciar uma compreensão íntima de tal relação e, portanto, do vínculo. Tal processo justifica-se pela relação do trabalho em saúde constituir-se em uma relação afetiva, e que de fato criam e manipulam afetos, sendo estes vínculos produzidos em um trabalho afetivo (TEIXEIRA, 2004a).

O trabalho afetivo é, assim, a produção de afetos no trabalho, na vida social, ou seja, é a produção de desejo ao qual constitui a subjetivação coletiva. Sua produção possui um caráter autônomo e alternativo ao processo de valorização capitalista (HARDT, 2003).

Logo, Teixeira (2004a) utiliza-se do “Teorema da Paquera” para explicar as fases presentes no encontro, trazendo de forma didática como são entendidos os três gêneros estabelecidos por Spinoza. Apresentam-se as fases do encontro – amor à primeira vista – o que para Spinoza seria um encontro de primeiro gênero, reino do conhecimento vago, onde predominam as paixões passivas e inadequadas.

Teixeira (2004a) apresenta este momento como aquele que produz “empatia”, quando este primeiro contato é positivo. Pode-se conferir a este momento um impacto afetivo mais complexo em virtude da quantidade de afetos mobilizados nesse primeiro encontro, sendo este caracterizado por ser breve e válido. Mas esse encontro, o qual desencadeou paixões positivas, e por paixões ainda entendem-se as inadequadas e passivas, pode prolongar-se em um retorno; um próximo encontro.

Em sua Micropolítica do vínculo, Teixeira (2004a, p.5) refere-se à Imaginação como “Zona de Comunidade”, ou seja, as coisas em comum entre uma pessoa e outra começam a ser amplamente exemplificadas. Há uma reciprocidade, fazendo

com que se tenha um aumento de potência de ambos os corpos envolvidos, rumo a uma paixão ativa, um conhecimento adequado.

No que se confere ao espaço de trabalho afetivo, neste momento as ações existentes nessa relação voltam-se às necessidades produzidas nesse encontro indo além da relação de empatia. Aqui há a possibilidade de alcançar as noções comuns, a Zona de Comunidade, à medida que as terapêuticas e as formas de cuidado sejam discutidas e estabelecidas em conjunto, através de acordos e consensos. Ambos envolvidos nesse encontro devem experimentar afetos aumentativos de potência.

No âmbito da gestão a Zona de Comunidade seria estabelecida nos processos coletivos de decisão, nas condutas flexíveis, tanto em encontros que ocorrem na esfera gerencial, entre gestores, gestor-gestor, quanto no que tange a co-produção de subjetividades coletivas gestor-trabalhador em saúde.

Os afetos estabelecidos na Zona de Comunidade são aqueles capazes de realmente proporcionar o vínculo, os quais engendram uma conveniência mútua.

A meu ver, são estes, justamente, os afetos que dão consistência ao vínculo. São eles que constituem esta espécie de “energia antropológica” dos laços sociais. Entendo que estes são os chamados afetos de confiança: são eles que dão substrato ao que chamamos de uma relação de confiança (TEIXEIRA, 2004a, p.5).

Dessa forma, com a Zona de Comunidade estabelecida, começa a dar consistência, manifestar-se na relação. Embora ainda seja o patamar mais facilmente de ser alcançado, é o que nos impulsionará a conhecer “a Zona de Singularidade” (TEIXEIRA, 2004a, p.6).

A Zona de Singularidade vem ser o que Spinoza entendia como terceiro gênero das essências singulares. E como tal, essa exige maior potência, uma vez que há uma dificuldade em lidar com a diferença, daquilo que no outro não convém.

Não mais o que no outro se assemelha a nós. Não mais o que é facilmente reconhecível. Não mais o que no outro é, de certa forma, nossa própria imagem espelhada. Mas o que no outro é irreduzível. Sua diferença absoluta. Sua singularidade radical (TEIXEIRA, 2005 p.7).

A Microfísica do vínculo contribui à medida que nos leva a refletir e, portanto, chegar a ideias adequadas a respeito da alteridade e às formas como esta é expressa nas relações e no campo da saúde. A Alteridade está presente à medida

que se aceita o verdadeiro outro, em suas singularidades e potências únicas. É na Zona de Singularidade que se intensificam os afetos, potencialmente, ativos e adequados. Nesses encontros está presente a Liberdade, onde se situa o domínio das paixões inadequadas.

Teixeira (2004a) entende a Zona de Singularidade no cuidado em saúde como uma produção de acolhimento, acolher na diferença. O Acolhimento que pressupõe “o outro como um legítimo outro”, único em essência e potência, em sua subjetividade.

A liberdade é a força interior do corpo e da alma para produzir e acolher a multiplicidade simultânea de movimentos corporais, afectos e idéias. Ela não é simplesmente escolha, mas a autodeterminação necessária e a alegria de vida (TEIXEIRA, 2004, p.57).

Diante disso, o acolhimento somente será possível se for estabelecida a relação de confiança presente na aceitação das singularidades e todos os traços de subjetividades. E um encontro com a confiança só é possível por meio da manipulação dos afetos, de quem acolhe e de quem é acolhido, conferindo a esse movimento, ou melhor, a esse encontro uma produção de saúde em ato, uma conformação de trabalho afetivo.

Dessa forma, tanto a Teoria da Afetividade como a Microfísica do Vínculo compõem-se e engendram-se neste trabalho, pois agregam na profundidade conceitual do que propõem o modo de atenção psicossocial, no que tange sobre o respeito às singularidades, ao acolhimento destas, na diluição dos poderes, presente na potencialização do encontro com a diferença.

No âmbito do modo psicossocial essas palavras vêm imbuídas quando se propõe o encontro da loucura com a cidade, no habitar e no viver na cidade, com a comunidade e com a família. Trata-se de aceitar o outro, o louco nas suas singularidades, suas subjetividades.

#### 4. Percurso metodológico

Este estudo configura-se em uma pesquisa de abordagem qualitativa de cunho cartográfico de análise de redes de trabalho afetivo de gestores de serviços de saúde de um município do interior do Rio Grande do Sul. A abordagem qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos aspirações, crenças, valores e atitudes correspondentes ao espaço mais profundo das relações (MINAYO 2008).

O “método cartográfico” caracteriza-se por **acompanhar processos**, e não por representar objetos. Dessa forma, considera a construção coletiva dos dados de maneira a implicar o pesquisador e as pessoas que vivenciam tais processos na pesquisa. É uma produção de dados e não uma coleta de dados, o que implica uma mudança conceitual, que se distingue daquelas da ciência moderna cognitivista (BARROS, KASTRUP, 2010).

Diante disso, encontra-se na cartografia a possibilidade de adentrar nos estudos da subjetividade, de forma a acompanhar um “processo de produção”, e não representar um objeto. Com isso, a Cartografia é entendida como uma técnica que possibilita a construção de um saber, caracterizando os sistemas de ações que dão movimento e que mapeiam os espaços. Ela propicia “uma leitura do significado social do mundo” a partir do quadro das práticas e das realidades (CATRIB; OLIVEIRA, 2010).

Para cartografar é necessário “ser” estrangeiro, visitante de um território em que todos os sentidos encontram-se dispostos e preparados a experienciar. É um “explorar” e um “escutar”, únicos, presente em um dado momento, o qual tende como o processo “do pesquisar”, modificar-se. O estrangeiro, mais novo passageiro da experiência a ser descrita, não deve procurar-se em explicar ou revelar tal fenômeno, mas, sim, conhecê-lo. Essa dimensão ativa e clínica da cartografia assumem sua dimensão política e de comprometimento do pesquisador, uma vez que conhecer parte de um “fazer”, “criar uma realidade de si e do mundo” (PASSOS; BARROS, 2010, p.30).

Tem-se, então, a cartografia como uma ferramenta de investigação e um modo de entender a pesquisa que pressupõe implicação direta do pesquisador, à medida que se propõe às singularidades presentes “na construção coletiva da subjetividade”. Ela é outra possibilidade de conhecer. Um método que não parte de um modelo pré-estabelecido, mas questiona o objeto de estudo a partir de uma fundamentação própria, afirmando uma diferença em uma tentativa de re-encontrar o conhecimento diante da complexidade.

O pesquisador é central, pois a produção de conhecimento se dá a partir das percepções, sensações e afetos vividos no encontro com seu campo. A sustentação do trabalho da cartografia está na invenção e na implicação do pesquisador, pois ela baseia-se no pressuposto de que o conhecimento é processual e inseparável do próprio movimento da vida e dos afetos que não são neutros, nem isentos de interferências (ROMAGNOLI, 2009).

Na invenção, o pesquisador precisa estar atento aos encontros, às virtualidades que estalam nos agenciamentos e que é oriundo das desestabilizações que, no processo de trabalho, acometem tanto o pesquisador quanto seu objeto de estudo, seu campo.

É necessário cartografar os espaços, formar paisagens/mapas/rizomas entendendo que os espaços/encontros são caracterizados por seu funcionamento, pelo que ele oferece a alguns e recusa a outros, pela seleção de localização feita entre as atividades e entre os homens. É um resultado de uma prática coletiva que reproduz as relações sociais. É ao mesmo tempo a forma, a estrutura e a função que estão contidas nas ações humanas presentes na paisagem. Trata-se de expor “traços dos movimentos que representam a realidade social desse território” (CATRIB; OLIVEIRA, 2010, p. 401).

O território estudado neste trabalho compõe outros dois estudos: a pesquisa **Redes de trabalho afetivo na produção do cuidado em atenção psicossocial** (Edital MCT/CNPq Nº 014/2010) que teve por objetivo avaliar as conformações de rede de trabalho afetivo dos trabalhadores/gestores/usuários, a qual teve sua origem na pesquisa **Redes que reabilitam – avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial (REDESUL)**. O REDESUL buscou a partir dos Serviços de Residenciais Terapêuticos e Moradias Assistidas,

localizados no estado do Rio Grande do Sul, avaliar quantitativo e qualitativamente experiências inovadoras de redes de atenção psicossocial.

Como ponto de origem a pesquisa REDESUL apontou os campos a serem estudados neste estudo cartográfico, assim como na pesquisa de Redes de trabalho afetivo; portanto, mostra-se necessário apresentá-la para situar o recorte aqui apresentado.

Em sua primeira etapa, o estudo REDESUL avaliou quantitativamente cinco municípios do Rio Grande do Sul que possuíam a modalidade de serviços substitutivos, ao serviço manicomial, os Residenciais Terapêuticos e as Moradias Assistidas, credenciados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) no ano de 2008 - Alegrete, Bagé, Caxias do Sul, Viamão e Porto Alegre.

Este contou com entrevistadores, previamente capacitados, para aplicação de questionários a moradores, trabalhadores e coordenadores dos Serviços de Residenciais Terapêuticos (SRT), bem como coordenadores, trabalhadores e usuários dos Centros de Atenção Psicossociais existentes no mesmo território, referidos como suporte aos residenciais estudados.

A etapa de coleta de dados quantitativa ocorreu entre os meses de setembro e dezembro de 2009 e entrevistou 392 usuários, 209 trabalhadores e 14 coordenadores. Além disso, foram coletados dados de prontuários, projetos terapêuticos dos serviços e planos municipais de saúde.

O estudo também realizou a aplicação de escalas aos trabalhadores para avaliação da autonomia (ILSS) e comportamento social do usuário (SBS), além da aplicação do questionário de suporte social (SSQ) aplicado diretamente aos usuários.

A partir da análise realizada desses dados quantitativos o estudo REDESUL elegeu dois municípios para realizar a etapa qualitativa da avaliação, cujos dados iniciais apontavam experiências inovadoras à rede de saúde mental, configurando em dois estudos de caso: Caxias do Sul e Alegrete.

Ao analisar as características inovadoras de cada um dos municípios foram encontrados em Alegrete indícios que pressupunham critérios de inovação, indicativos de qualidade dos serviços, potencial de inovação e fluxos existentes nos diversos dispositivos que compõem a rede de atenção em saúde mental desse município.

A partir daqui tem-se um recorte analítico que pressupõe novos objetivos e vem desenhar a pesquisa aqui apresentada. Assim, dentre as qualidades encontradas nos dois municípios escolhidos para a coleta qualitativa do REDESUL, buscou-se encontrar “sinais”, “pistas” que pressupunham a existência de uma rede qualificada de trabalho afetivo de gestores capaz de promover espaços potencializadores no âmbito da atenção psicossocial, entendidos na presença de ações como: **atendimento interdisciplinar – gestão horizontal – o grau de satisfação dos trabalhadores quanto ao apoio realizado pela secretaria municipal de saúde e pela coordenação de saúde mental do município. Há realização de acolhimento e presença de autonomia para o trabalhador realizar criativamente seu trabalho.**

Além disso, Alegrete já havia sido palco de outras pesquisas em saúde mental, da qual, como pesquisadora, tive a oportunidade de participar e retornar a esse lugar para conhecer sua rede de trabalho afetivo. A partir da visão dos gestores afetou-me positivamente, de maneira a instigar-me.

Ademais, Alegrete foi capaz de produzir uma trajetória singular no âmbito da atenção psicossocial, por encontrar-se entre os primeiros municípios do estado do Rio Grande do Sul a inserir-se no Movimento da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, através do Fórum Gaúcho de Saúde Mental, re-orientando, assim, ainda no ano de 1989, a política de saúde mental do município a fim de assegurar o cuidado em liberdade, em serviços substitutivos (SALBEGO, 2004).

Por entender que a rede de trabalho afetivo é um processo contínuo de relações formais e informais capazes de engendrar processos criativos e potencializadores de novas redes e tendo em vista a construção histórica de rede do município de Alegrete, este foi eleito como local deste estudo.

#### **4.1 A Cidade de Alegrete e seus movimentos na saúde mental**

A história de Alegrete pode ser contada de diversas maneiras, mas optou-se por iniciar por onde para muitos talvez nem faça sentido, mas Alegrete é considerada a “mais gaúcha” das cidades do Rio Grande do Sul. Cidade tradicional que preserva as tradições gaúchas e que é conhecida por eventos como: o GP

Gentil Carlesso, o maior evento turfístico de cancha reta do Brasil<sup>1</sup>, a segunda maior exposição pecuária e a Campereada Internacional de Alegrete (ALEGRETE, 2012).

Alegrete é um município localizado na fronteira Oeste do Rio Grande do Sul. Possui aproximadamente 78.974 habitantes. É considerada uma das cidades históricas no Estado por ter sido um dos palcos da Revolução Farroupilha. No período de 1842 a 1845, tornou-se a 3ª Capital da República Rio-grandense, enquanto ainda chamava-se Vila de Alegrete, sendo em 22 de janeiro de 1857 elevada à categoria de cidade (ALEGRETE, 2012).

Esses movimentos deixaram marcas culturais extremamente enraizadas no município, ligadas à questão do gênero masculino, forte, guerreiro de batalhas sangrentas, gaúcho do campo, e que foram reforçadas pela localização de fronteira do município, que confere a permanência do militarismo no local, com cinco quartéis do exército brasileiro (FILIPPON, 2009).

A economia do município é baseada na agricultura e pecuária e está se destacando na atualidade por se tornar um polo de educação. Possui quatro universidades: UNIPAMPA, Instituto Farroupilha, UERGS e URCAMP<sup>2</sup>, com cursos de graduação e pós-graduação diversos (ALEGRETE, 2012, MEIRELES, 2009).

Alegrete também é conhecida por uma música símbolo no Rio Grande do Sul, “O Canto Alegretense”, que refere que para encontrar essa cidade é necessário “seguir o rumo de seu próprio coração” e do quanto essas raízes da tradição gaúcha compõem este lugar permeado pela música e por esse sentimento de pertencimento da terra da qual se nasce, referenciada como o “pago”. E é por meio dessa cultura gaudéria e machista que também se referencia Alegrete, por suas flores ao longo do caminho, inúmeras “flores de Tuna”. Flores coloridas de uma espécie de cactus (FAGUNDES, FAGUNDES, 2012).

Essas flores resistentes ao calor e a pouca água talvez nos ajudem a conhecer porque algumas mulheres, profissionais de saúde, usuárias e gestoras entrelaçam-se em ações protagonistas que dão origem às ações integrais de saúde mental no município, e que vivenciam este lugar.

---

<sup>1</sup> Corridas em pista de traçado reto (*cancha reta*).

<sup>2</sup> Universidade Federal do Pampa, Universidade Estadual do Rio Grande do Sul e Universidade da Região da Campanha

Foi por volta do ano de 1989 que alguns profissionais foram contratados para compor o quadro da saúde em Alegrete, no Primeiro Concurso Municipal após a Constituição de 1988. Nesta época as ações em saúde eram curativas e pontuais, atendimentos emergenciais e em internações hospitalares, o que não se diferenciava das ações voltadas para a psiquiatria. Avaliando essa situação esses profissionais perceberam uma necessidade do município em atender a saúde mental naquele lugar como uma estratégia para receber os egressos de hospitais psiquiátricos e uma alternativa de tratamento que não somente o encaminhamento das pessoas a outros municípios que somente ofertavam o atendimento por meio da internação em hospitais psiquiátricos. Neste ano ocorre a implantação do ambulatório Serviço de Atenção Integral em Saúde Mental - SAIS Mental (SALBEGO, 2004, FILIPPON, 2009).

No ano de 1990 é realizada uma reunião em Alegrete com os profissionais, funcionários públicos, no Museu Mário Quintana, sobre a municipalização da saúde e o que essa mudança político-administrativa mudaria no sistema de saúde. Neste espaço ocorreram discussões teóricas sobre desinstitucionalização, processo saúde-doença e discussões a respeito de como seriam as ações dos profissionais de saúde a partir de então (SALBEGO, 2004).

A efervescência de discussão que compunha espaços coletivos organizados na capital gaúcha, militantes da reforma psiquiátrica, fez parte da constituição da equipe de saúde mental de Alegrete, até então uma pequena equipe que se aproximou do Fórum Gaúcho de Saúde Mental e da Coordenação Estadual da Política de Atenção a Saúde Mental no Hospital Psiquiátrico São Pedro. Tiveram outras participações em fóruns coletivos de discussão, o que auxiliou na formação dos profissionais que estavam constituindo esse serviço. Ainda, em 1990, integrantes da equipe participaram dos eventos IV Curso de Saúde Mental Coletiva, IV Encontro Estadual de Saúde Mental, ambos realizados também em Porto Alegre (SALBEGO, 2004).

Como é apresentado, a Secretaria Estadual de Saúde dessa época ficou, historicamente, conhecida por desencadear o processo de Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, por meio de suas ações itinerantes pelo interior do estado (FILIPPON).

Em 1991 já começaram as primeiras divulgações do que se propunha a saúde mental de Alegrete no II SISMEC, Seminário Internacional de Saúde Mental Coletiva, realizado em Santa Maria/RS. E ocorreu o cadastramento de três leitos psiquiátricos no hospital geral Santa Casa de Misericórdia, no Município (SALBEGO, 2004).

Na década de 1990, tem-se uma valorização dos movimentos democráticos e a politização das pessoas, o que acaba refletindo em parte do grupo de Alegrete a partidarização de alguns. Esse movimento vem contribuir com a escolha pessoal por projetos coletivos para legitimação de projetos políticos (FILIPPON, 2009).

Nessa época tem-se um cenário nacional e estadual propício ao nascimento da militância, na área social e dos movimentos de direitos humanos que vão refletir nas construções no âmbito da saúde mental em Alegrete. Isso incitou um movimento pela mobilização partidária e houve filiações partidárias ao PT (Partido de Trabalhadores) que na visão desse grupo de profissionais teriam condições de acolher uma bandeira que lutasse pela subjetividade e não pelo assistencialismo (FILIPPON, 2009).

Em 1992, com a Lei estadual da Reforma Psiquiátrica, esses profissionais de Alegrete se organizaram para aprovar sua Lei Municipal com bases em outros projetos de lei que já estavam tramitando no país. No entanto, estes não queriam que isso apenas fosse mais uma Lei, mas que de fato esta fosse reconhecida pela sociedade. Dessa forma, organizaram espaços de discussão coletiva da proposta elaborada para o município com divulgações nos jornais da cidade, no rádio, de co-responsabilização popular.

Neste mesmo ano, uma disputa crucial dá rumos à política de saúde mental em Alegrete quando na I Conferência Municipal de Saúde Mental foi derrubada em plenária a proposta de transformar o antigo hospital de regional de tuberculose, situado em Alegrete em um hospital psiquiátrico, o que proporcionou a implantação do ambulatório Serviço de Atenção Integral em Saúde Mental - SAISMENTAL (SALBEGO, 2004, MEIRELES, 2009, FILIPPON, 2009).

Com isso, em 1996, Alegrete, em um dos muitos encontros produzidos junto ao município vizinho, Bagé, promulgaram as primeiras duas leis municipais da Reforma Psiquiátrica no estado do Rio Grande do Sul, e sem ocupações de cargos políticos na época. A Lei nº 2662/96 foi promulgada em 16 de maio de 1996. Esta foi

elabora em meio ao curso de Especialização em Saúde Mental Coletiva, sediado em Bagé. E a articulação de Alegrete com outros municípios continuava a aumentar (FILIPPON, 2009, SALBEGO, 2004).

As mulheres que protagonizaram esta construção coletiva sofreram momentos de perseguição política e o serviço de saúde mental ficou conhecido na cidade como um “antro do PT” pelos setores conservadores políticos do município, sendo realocadas dentro dos serviços do município, pois eram entendidas como ameaçadoras quando próximas (FILIPPON, 2009).

O ano de 1998 ficou marcado pela criação da Associação de Usuários e Familiares do Serviço de Atenção Integral do Município de Alegrete. Neste contexto, havia representação política na Câmara de vereadores (MEIRELES, 2009, FILIPPON, 2009).

A Saúde mental de Alegrete caracteriza-se até então pela militância e produção social do município, o que vem a mudar sensivelmente com a promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica Nacional em 2001. Este garantiu a expansão dos serviços e seus financiamentos. Dessa forma, o SAISMENTAL transforma-se em um Centro de Atenção Psicossocial e criam-se os Centro de Atenção Psicossocial infantil e de Álcool e Drogas e um serviço de Residencial Terapêutico. O SAISMENTAL muda de Serviço de Atenção Integral a Saúde Mental para ser entendido como um Sistema de Atenção Integral à Saúde Mental, e os leitos no Hospital da Santa Casa passam a ganhar Acompanhantes Terapêuticos em regime de plantões (SALBEGO, 2004, FILIPPON, 2009).

Diante do exposto, muitas das pessoas entrevistadas neste estudo fizeram parte desde a década de 80 dos movimentos produzidos na cidade em prol da atenção em saúde mental. Produziram diferentes encontros com a loucura; construíram diversos espaços que dão certa espessura à saúde mental atual do município. Outros gestores se acoplaram aos movimentos produzidos anteriormente. Foram também e de alguma forma deixaram-se engendrar por essa construção coletiva, e compõem hoje o quadro de trabalhadores e de gestores desses novos espaços e serviços produzidos no Sistema de Atenção Integral Saúde Mental de Alegrete, o SAIS Mental.

## 4.2 Experienciando o campo

O “estar” em Alegrete trouxe muitas inquietações. Um lugar emblemático em virtude de suas peculiaridades e conquistas no âmbito da saúde mental e do cuidado em liberdade desde a década de 70 no país. Já havia experienciado estar em Alegrete em 2006, e retornar agora produzira questionamentos a respeito de mudanças que poderiam ter ocorrido neste “intervalo” de tempo.

A imersão no campo, que ocorreu no período de 02 a 20 de maio de 2010, possibilitou-me, juntamente com a equipe pesquisadora para lá direcionada – três enfermeiras, sendo uma coordenadora de campo, co-produzir dados que totalizam 600h de observação, além da aplicação do círculo hermenêutico-dialético ao grupo de gestores os quais possibilitaram a disponibilização dos dados que produzem a construção desta pesquisa<sup>3</sup>.

Foram 18 dias de mergulho no campo, habitar Alegrete, vivenciar em diferentes turnos, a dinâmica do Residencial Terapêutico, e as diferentes conformações estabelecidas entre os gestores no município, observar o olhar das pessoas, as trocas presentes no gesto, a disponibilidade que esses tinham em participar ou não do processo de pesquisa.

Primeiramente, a equipe de coletadores apresentou os dados parciais da pesquisa REDESUL, em uma reunião com os trabalhadores e alguns gestores municipais, e como seria a metodologia aplicada nesta etapa da pesquisa. Cada entrevistador apresentou seus objetivos no campo, identificando-se como entrevistador dos diferentes grupos propostos pela pesquisa (moradores do residencial terapêutico, trabalhadores e gestores). Apresentei-me como entrevistadora do grupo de gestores. Foram trocados contatos telefônicos com aqueles que seriam potencialmente entrevistados.

---

<sup>3</sup> Os dados coletados foram disponibilizados pela Coordenação da pesquisa REDESUL (Apêndice A) para compor este recorte. São entrevistas semi-estruturadas realizadas com 12 coordenadores dos serviços que compõem a rede de saúde e a atenção psicossocial do município, entendidos neste estudo como gestores, juntamente, com os dados descritos em diário de campo dos quatro pesquisadores envolvidos na pesquisa decorrente do mesmo período de coleta, totalizando 600 horas de observação.

Essa aproximação mostrava-se necessária para que possibilitasse conhecer as conformações estabelecidas naquele lugar, ao mesmo tempo em que exigia um olhar de estranhamento.

É “tornar-se” estrangeiro, “ser” visitante, explorar a “cognição ampliada” – aberta ao plano dos afetos – de forma a sensibilizar-se com os sabores, os ritmos, os odores, pois isso possibilita o cartografar. Para ser Cartógrafo não é preciso explicar ou revelar, e sim entender. É necessário perceber as intensidades para que sejam conhecidas e entendidas por meio da cognição ampliada (BARROS, KASTRUP, 2010).

Ser estrangeiro em Alegrete produzia reações afetivas em todos os espaços que frequentávamos enquanto pesquisadores, reações em nós, entre nós e reações nos moradores do residencial terapêutico e das moradas assistidas, nos trabalhadores, e não diferentemente reações nos gestores.

Para deixar-se absorver pelos ritmos e frequências daquele espaço, primeiramente optou-se por realizar somente a observação no campo, aprimorar os registros nos diários de campo, conhecer a rotina presente na vida das pessoas, vivenciar as trocas e a aceitação “de ser estranho” naquele lugar.

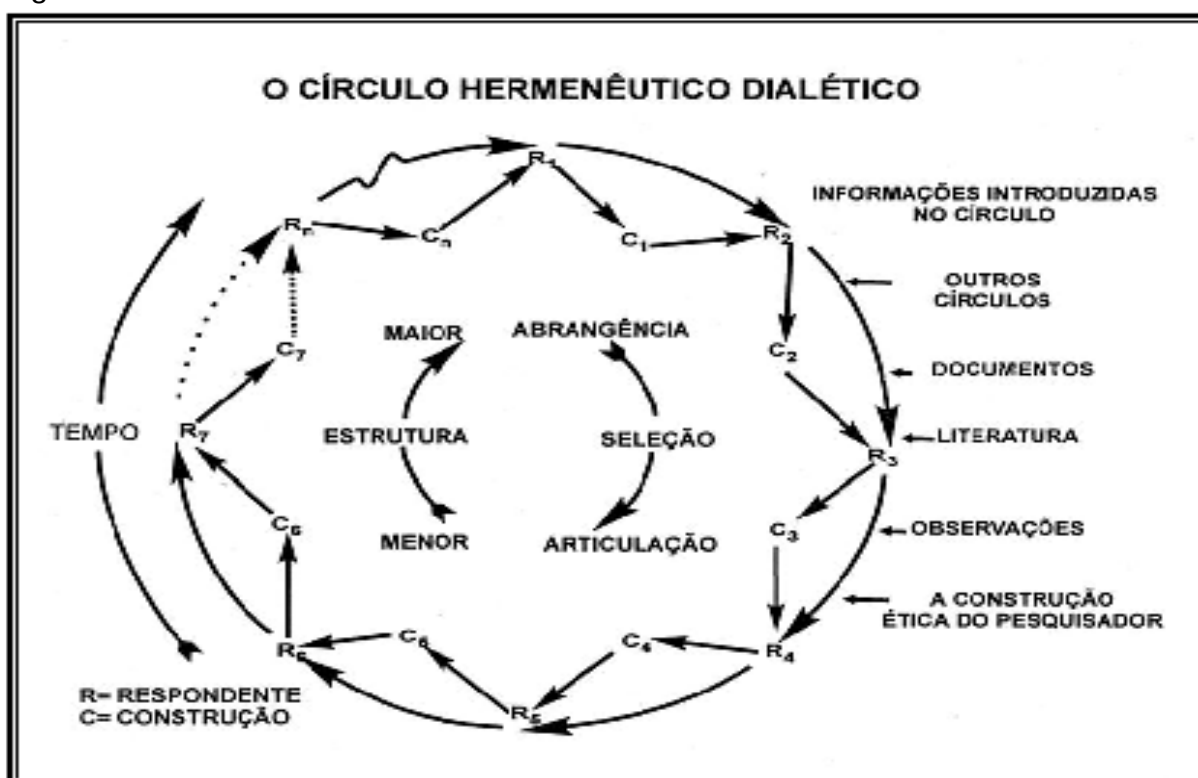
Inicia-se o processo necessário a conhecer; movimento este que prevê “detectar os signos e as forças circulantes, as cenas, os discursos”. Habitar os espaços, de maneira a se permitir inundar-se de informações e estabelecer fluxos capazes de possibilitar trocas que irão, também, influenciar o campo, e co-produzir novos territórios (KASTRUP, 2010, p.32).

Com a entrada no campo, seguindo a coleta de dados pela pesquisa REDESUL, a equipe estava orientada a organizar-se para mais três momentos: dar início às entrevistas por meio do círculo hermenêutico-dialético, maior participação no campo com observação participante e à preparação para o fechamento do círculo com a produção do grupo focal, considerando que os momentos de observação não se encerram após a primeira semana, e permanecem por todo o campo. No entanto, após os primeiros sete dias, a observação passa a adquirir um caráter mais participativo, devido à produção de maior interferência dos pesquisadores no campo de pesquisa.

Por conseguinte, foi justamente na segunda semana do campo que se deu início ao círculo hermenêutico-dialético. A descrição da forma como foram coletados os dados para a pesquisa REDESUL torna-se necessária para situar a origem dos dados utilizados para compor este estudo.

A aplicação do círculo hermenêutico-dialético com os gestores deu-se por meio de entrevistas semiestruturadas e um grupo focal. Este é entendido como um espaço de validação e síntese, realizado como parte final do círculo, que possibilita a todos envolvidos a familiarização com os dados produzidos na pesquisa e a construção conjunta dos dados que serão divulgados neste processo investigativo (Figura 1).

Figura 1 - Círculo Hermenêutico Dialético.



Fonte: Traduzido por Wetzel (2005) a partir de Guba & Lincoln (1989)

Em Alegrete, a construção do círculo hermenêutico-dialético foi composta por 12 gestores da rede de serviços do município, identificados pela letra G acrescida do número referente à ordem das entrevistas. Dessa forma, como previsto metodologicamente, na pesquisa REDESUL, o início de círculo de entrevistas deu-se pela Secretária Municipal de Saúde, considerado o guardião ou respondente

inicial (R1). O respondente inicial recebe este nome, pois é ele quem indicará o próximo, ou os próximos entrevistados que irão compor o grupo de interesse. Geralmente ocupa uma posição privilegiada ou especializada frente ao grupo (GUBA; LINCOLN, 2011).

O círculo hermenêutico pressupõe que cada novo integrante indique o próximo a ser entrevistado, de maneira que os dados sejam produzidos ao longo do processo de investigação. Dessa forma, é uma construção coletiva do que cada um entende como integrante desse espaço, desse círculo de gestores.

Sendo assim, a partir da identificação dos entrevistados, o círculo foi composto por 12 gestores que se encontravam nos seguintes cargos: Secretária Municipal de Saúde, Coordenadora do Sistema de Saúde Mental, Coordenador do CAPS II, Coordenadora do CAPSi, Coordenadora do CAPSad, Coordenadora do Serviço de Residencial Terapêutico/Morada Assistida, Coordenadora dos Agentes Comunitário de Saúde, Coordenadora da Moradia Transitória, Coordenadora do Pronto-Socorro Municipal, Coordenadora do SAIS da Casa, Vice-Prefeita e uma Vereadora do município.

Houve duas gestoras que foram indicados pelo grupo de interesse para participar da pesquisa. O primeiro não se conseguiu contato, e o segundo acabou não integrando o grupo por encontrar-se doente. Eram elas Coordenadoras do Programas de Redução de Danos e Primeira Infância Melhor do Município.

Tem-se ainda as construções do campo de pesquisa, como demandas e voz dos atores principais envolvidos no processo de pesquisa, e que reivindicaram a inclusão de uma Vereadora no estudo, indicada por mais de três dos entrevistados, pois a consideram uma pessoa importante e atuante, enquanto profissional de saúde, na construção da atual política de saúde mental do município estudado, e que estava responsabilizando-se pelas oficinas de saúde mental, desenvolvidas no meio rural.

Diante de uma organização *a priori* da pesquisa REDESUL foram estabelecidas cinco questões (Anexo A), que foram aplicadas nos dois campos de pesquisa do estudo (Caxias do Sul e Alegrete), e apresentadas ao primeiro entrevistado do círculo. Além disso, o questionário foi construído com mais duas questões, consideradas externas ao círculo, direcionadas à temática deste estudo – o trabalho afetivo – que foram aplicadas com o término das questões do círculo-

hermenêutico e após o consentimento verbal do entrevistado, ficando este registrado pelo gravador de áudio utilizado em todas as entrevistas (Apêndice B).

No transcorrer das entrevistas o número de questões foi ampliado de cinco para 24 questões, construídas a partir dos desdobramentos pertencentes ao círculo (Anexo B), a somar-se a inclusão das duas questões externas a esse processo.

Como a metodologia do Círculo prevê uma construção dinâmica, acaba por exigir do pesquisador uma pré-análise de cada entrevista, antes de seguir à próxima entrevista. Logo, após a realização da primeira entrevista, (R1), houve um processo de escuta dos dados coletados e verificação dos apontamentos realizados ao longo da entrevista, a fim de propor novas questões ao próximo entrevistado, de forma que essas questões demandadas pelo entrevistado vão conferindo características próprias e dinâmicas, que logo serão acrescentadas às próximas entrevistas do círculo. A esse processo denomina-se Construção, representada no início do círculo como (C1), que prevê repetição do processo a cada nova entrevista.

Com isso, ao entrevistar o segundo gestor (R2), indicado ao círculo pelo primeiro entrevistado (R1), foram acrescentadas a entrevista além das questões ditas iniciais àquelas cuja pré-análise (C1) possibilitou incluir.

Durante a próxima entrevista (R2) houve a inclusão das novas questões. Estas são apresentadas ao respondente sempre após a realização de todas as questões iniciais. Foi apresentado ao novo entrevistado, uma a uma, das questões adicionadas, solicitando que o entrevistado pudesse comentá-las e, assim, sucessivamente. Dessa forma, por meio da construção da entrevista (C2), o pesquisador passa a ampliar as visões de sua análise a partir de duas fontes, por exemplo.

Ao final da entrevista do (R2), foi solicitado que este fizesse as indicações para os próximos gestores a serem convidados a compor o círculo de entrevistas. O processo foi repetido através da adição de novos informantes, estabelecendo-se um limite de indicações para o círculo de maneira a não ultrapassar o número de quinze entrevistados.

Esse processo de construção das questões implica a ampliação das informações coletadas, ao mesmo tempo em que co-responsabiliza diretamente entrevistados e o pesquisador (GUBA, LINCOLN, 2011).

A devolução aos participantes do círculo hermenêutico-dialético das construções produzidas durante as entrevistas é considerada como “validação dos dados”. É um espaço que prevê momentos de discussão e reflexão por parte dos integrantes do círculo e pesquisadores, pois pressupõe que aqueles possam empoderar-se do conteúdo investigado e produzir uma construção ética dos dados construídos pelo pesquisador. Por meio dessa devolução ao grupo de interesse dos gestores da totalidade das informações, o grupo decidiu quais dados podem ser divulgados e elencou suas prioridades de discussão.

Assim, no dia 17 de maio de 2010, foi organizado um encontro em um dos CAPS do município, espaço escolhido pelos entrevistados, por já constituir-se ali um dia e horário formal de reuniões do colegiado gestor, para a negociação dos dados, com o grupo de gestores, de maneira a validar os dados referentes ao círculo hermenêutico-dialético.

Dessa forma, a validação e a síntese configuram o término da metodologia do Círculo Hermenêutico-Dialético, que comporta todo o processo estabelecido de contratualidades e de uma relação de confiança entre pesquisadores e pesquisados que garante a qualidade desse espaço que é a validação e a síntese.

Cabe ressaltar, ainda, que a validação e síntese caracterizam-se pelo término da coleta de dados no que se refere à metodologia do círculo hermenêutico, mas não no que confere a parte observacional que teve sua continuidade até 20 de maio, último dia de trabalho de campo. Nesse espaço de validação não foram apresentados ao grupo de interesse as duas questões adicionadas por esse estudo.

A forma como foi proposta a coleta de dados pela pesquisa inicial REDESUL implica uma construção dentro do paradigma construtivista presente na metodologia de Avaliação de Quarta Geração, que possui uma ontologia relativista, ou seja, não considera “verdades” e, sim, construções coletivas, e pressupõe epistemologicamente a interação dessas relações, ponderando os valores imersos nos diferentes contextos, e não “a objetividade” (GUBA, LINCOLN, 2011).

Em seu processo investigatório caracteriza-se por hermenêutico, pois considera construções conjuntas, interativas, interpretativas, logo melhor elaboradas e ao mesmo tempo dialéticas, visto que envolvem a justaposição de ideias conflitantes e relações de forças capazes de reconsiderar posturas anteriormente fixadas (GUBA, LINCOLN, 2011).

Considera-se, portanto, que esta metodologia “permite” a escolha de outros métodos de análise, uma vez que o método construtivista compartilha o entendimento de que “as realidades são criadas” (GUBA, LINCOLN, 2011, p. 159).

No caso deste estudo, optou-se por um “acoplamento”, uma conexão entre dois métodos, o método de coleta de dados da Avaliação de Quarta Geração ao método cartográfico. Essa conexão mostra-se possível, pois permitiu ao cartógrafo estar em processo, juntamente com os entrevistados/respondentes, visto que a cartografia parte do reconhecimento de que o tempo todo se está em processo, em obra.

A Cartografia é considerada um “método-pensamento” cuja experiência singular com os outros possa ser experimentada na própria forma de escrita. No entanto, a pré-análise, ou a interpretação, não pode sobrepor-se à alteridade e à novidade trazida pelos eventos do campo, e aqueles que o compõe. A experiência de campo deve ser descritas com todas as suas arestas e estranhezas de forma a não simplificar, generalizar e/ou reduzir. Essas questões, quando consideradas, acabam por sobrecodificar a experiência de campo, favorecendo o uso de teorias e conceitos, que geralmente acompanham “certa” maneira de viver o trabalho de campo (BARROS, KASTRUP, 2010).

Portanto, a produção desenvolvida não considera a interpretação utilizada pelo método hermenêutico da Avaliação de Quarta Geração, e sim a vivência experienciada em campo, pelos eventos que compuseram, observações, afetos, diários, entrevistas e encontros.

### **4.3 Princípios Éticos**

Aos sujeitos do estudo foram assegurados os princípios éticos através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B). Os princípios éticos foram garantidos de acordo com a Resolução COFEN nº. 311/2007 que aprova a reformulação do Código de Ética dos profissionais de Enfermagem de 2007, capítulo III (das responsabilidades e deveres), artigos 89, 90 e 91 e, (das proibições), artigos 94 e 985<sup>4</sup>, e considerando a Resolução nº 196/966 do Conselho

---

<sup>4</sup> Cap III (das responsabilidades e deveres): Art. 89 – Atender as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a especificidade da investigação. Art. 90 – Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa. Art. 91 – Respeitar os

Nacional de Saúde do Ministério da Saúde<sup>5</sup> sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

O Consentimento utilizado é referente ao projeto no qual este estudo se encontra inserido, o REDESUL, que obteve a aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas - UFPel sob parecer nº 073/2009 (Anexo C).

O Estudo de Redes de trabalho afetivo na produção do cuidado em atenção psicossocial (Edital MCT/CNPq Nº 014/2010) por estar inserido na pesquisa REDESUL não necessitou avaliação do Comitê de Ética, somente, apresentação.

#### **4.4 Análise e produção dos dados**

Primeiramente, todo o material de Campo foi reunido e catalogado. As entrevistas, assim como os diários de campo dos quatro entrevistadores, foram transcritos na íntegra. Dessa forma, têm-se a seguinte organização: os sujeitos foram identificados pela letra G acrescida do número correspondente à ordem das entrevistas.

O material organizado e transcrito inclui em sua escrita as contradições, conflitos, enigmas e problemas vivenciados no trabalho de campo, não se constituindo em conclusões, ou “todos fechados” e homogêneos. Considerando que a cartografia é um método construtivista que procura apontar a dimensão coletiva de construção, não se deseja que ocorram definições definitivas de conceitos, ou mesmo confirmações de modelos teóricos preexistentes, pois se entende que

---

princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados. Cap III (das proibições): Art. 94 – Realizar ou participar de atividades de ensino e pesquisa, em que o direito inalienável da pessoa, família ou coletividade seja desrespeitado ou ofereça qualquer tipo de risco ou dano aos envolvidos. Art 98 – publicar trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização.

<sup>5</sup> Resolução nº 196/96 – A observação dos princípios éticos na pesquisa implica em: 1. consentimento livre e esclarecido dos indivíduos alvo e a proteção a grupos vulneráveis a aos legalmente incapazes (autonomia). Neste sentido, a pesquisa envolvendo seres humanos deverá sempre tratá-los em sua dignidade, respeitá-los em sua autonomia e defendê-los em sua vulnerabilidade; 2. ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais e coletivos (beneficência), comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; 3. garantia de que danos previsíveis serão evitados (não maleficência); 4. relevância social da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio humanitária (justiça e equidade).

através do que é produzido um novo problema ou uma nova abordagem de problemas, pode se propagar e produzir efeitos de intervenção num campo de pesquisa, afetando diferentemente outras pessoas e transformando um estado de coisas (BARROS, KASTRUP, 2010).

A Cartografia caracteriza-se como “um espaço de experimentação”, e, seu processo de análise produz um sentido que é próprio construído a partir justamente das sensações despertadas, ou que vibram, no pesquisador (BARROS, KASTRUP, 2010).

Dessa forma, escolheu-se como forma de construção descritiva-analítica desse trabalho apresentá-lo por meio da produção de duas cenas. Nessa construção, misturam-se percepções do pesquisador com falas-ideias do coletivo estudado, uma vez que se entende os modos de produção e modos de subjetivação e não mais sujeitos, bem como modos de experimentação/construção e não mais interpretação da realidade. Com isso, “definir a clínica em sua relação com os processos de produção de subjetividade implica, necessariamente, que nos arrisquemos numa experiência de crítica/análise das formas instituídas, o que nos compromete politicamente” (PASSOS, BARROS, 2004, p.9).

Cada cena foi analisada em três aspectos, ou podemos nos referir a três linhas que funcionam como platôs. Para Deleuze (2009, p.33), um platô “é uma região contínua de intensidade”, não possui finalidade, direção ou um ponto alto, culminante; são intensidades que vibram sobre elas mesmas. “Um Platô está sempre no meio, nem início nem fim”. Dessa forma, ele pode ser posto em qualquer posição com outro e ser lido em qualquer posição, pois consiste em uma multiplicidade que se conecta e estabelece-se em rizoma. O Rizoma sempre como um tecido de conjunção pronunciando a conjunção “e”.

Este estudo então analisa a cena de maneira à cartografá-la em três linhas de análise latitudinal, longitudinais e transversais, conforme Rolnik (2011), Passos e Barros (2010).

A primeira linha de análise utilizada é latitudinal vertical onde estão presentes os poderes, as forças de assujeitamento, eixo que organiza a diferença hierarquicamente. Uma segunda linha de análise horizontal está presente na velocidade das relações, no movimento dos afetos envolvidos, na composição, nos gêneros dos encontros que organizam os iguais em potências. E uma terceira linha

confere a transversalidade, ou seja, a produção de subjetividade desse coletivo, entendido aqui como a produção das redes de trabalho afetivo.

## **5. Criando cenas: uma produção de si e do mundo**

Por meio de pistas ao longo do percurso foram se moldando cenas para apresentação dos dados deste estudo cartográfico. Este, enquanto uma produção estética, reflete “o processo de criação da realidade” (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2010, p.201). Torna-se uma produção da realidade, diferentes cenas que se montam e (re)montam durante o processo cartográfico.

Segundo o dicionário de língua portuguesa, uma cena pode ser entendida como qualquer ação que se passa dentro do âmbito de visão do observador; panorama, perspectiva; representação teatral; decoração teatral; cenário; palco; divisão do ato em que atuam os mesmos atores; lance ou passagem de uma peça; qualquer ação ou debate, ruidosos ou descomedidos, feitos em público dentre outros (MICHAELIS, 2012).

As cenas aqui apresentadas remetem-nos a uma produção que é criada a partir do olhar do observador, da vivência do cartógrafo. No entanto, não um observador calado, oculto, imerso em suas observações, mas um observador que divide “o ato”, “a cena” com os que atuam no cotidiano da gestão nas ações de saúde mental do município estudado.

É uma observação que considera os fluxos dos corpos, o corpo vibrátil, o olhar vibrátil. É pensar no que é oriundo do debate, como um lance, que se modifica no próximo ato.

As cenas, em sua construção, já contêm a análise; é a própria criação da realidade, da experimentação vivida pelo cartógrafo. Essas construções analíticas apresentadas neste trabalho formam um relevo; estão destacadas a seguir, e remetem ao campo de afecções percebidas pelo cartógrafo.

Foram construídas duas cenas: “Os Espaços de Gestão Colegiados: a produção SAIS da Casa e o Colegiado Gestor”; e “A judicialização e a atenção psicossocial (co)produção de encontros”.

Após a apresentação das mesmas, tem-se o que será chamado de um prolongamento meta-analítico de cada uma das cenas, ou seja, uma continuidade da análise. Nessa continuidade trabalhar-se-á com a contribuição de outros autores, ou

que se poderia chamar de atores convidados a encenarem, juntamente com o cartógrafo e os gestores, as cenas aqui construídas.

Diante do exposto, cria-se um olhar sensível aos encontros realizados pelos gestores de Alegrete.

### 5.1 Os espaços de gestão colegiados: a produção SAIS Mental e o Colegiado Gestor

*Cena 1: Estar em Alegrete é estar atento a cada movimento, cada fala, cada expressão. São muitos rostos, muitas histórias, muitos fatos, os quais reunidos acabaram por construir um processo de trabalho coletivo, um processo de cuidar coletivo que na esfera de gestão apresenta-se compartilhado no que eles costumam chamar de Colegiado Gestor.*

*Distante de ser algo formalizado institucionalmente, legalizado nos cargos de gestão municipal, o Colegiado perpassa a barreira do tempo, e das normas, abre uma fenda emergindo entre os coordenadores dos serviços de atenção psicossocial, coordenadores do residencial terapêutico e das moradas assistidas. É um encontro produzido, processado e articulado na ação, no “fazendo”, que se faz presente no dia-a-dia, nas decisões do Sistema de saúde Mental do Município.*

*Apresentar essa cena é uma tarefa difícil. Que entendimento de gestão é esse? A Saúde Mental é vista como um Sistema, cuja coordenação é colegiada, e é produzida como? Como se produzem encontros mediante a tantos (des)encontros produzidos socialmente?*

*“Os três CAPS mais a Residência conseguem manter uma integração [...] de colegiados. Eles conseguem durante todas as semanas. Todas as segundas de manhã eles sentam pra debater as suas realidades e a realidade do sistema.” G1*

*O grupo de gestores refere-se a um Sistema. Esses denominam Sistema de Saúde Mental do Município, o qual possui um coordenador, e entendimento de que nenhum serviço é sozinho ou desarticulado dos demais, e que a atenção em saúde mental pressupõe esse olhar coletivo. Ao mesmo tempo falam da forma colegiada, compartilhada de gestão, das reuniões sistemáticas que possibilitam articulações necessárias ao cotidiano das ações:*

*“É bem importante da gente ter um tempo pra sentar e tomar as decisões em conjunto [...] às vezes eu tenho uma decisão pra tomar, eu não tomo essa decisão sozinho,*

*eu consulto a equipe do CAPS, e conforme a decisão que a gente toma em equipe eu faço a combinação do sistema [...] Também coordenadores, a gente procura tomar essa decisão em conjunto e tem funcionado cada vez melhor assim, porque ao invés de eu tomar essa decisão sozinho, a minha equipe toma a decisão e eu assino. É muito mais importante tu compartilhar com os colegas que tem outras formas de pensamento, que tem outros conhecimentos também, que pode te auxiliar na nessa tomada de decisão” G3.*

Os espaços começam a aparecer concretamente na vida das pessoas. Nesses espaços de tomada de decisão conjunta tem-se o encontro, vários encontros, momentos para compartilhar responsabilidades que são capazes de compor o campo prático, extrapolar o campo das discussões e mobilizar fazeres no cotidiano das ações: “[...] a gente quando consegue fazer esse momento de parar pra refazer os fluxos e conversar sobre o cuidado tu consegue mostrar que cada um tem que assumir a sua parte e a responsabilidade, ela é compartilhada, não dá pra atirar pro outro. Aí dá pra gente assumir junto um risco. Então, essa questão que a rede de saúde mental traz, e que é forte G1”.

Esse encontro afetivo, semanal, que possibilita refazer os fluxos e conversar sobre o cuidado traz em si o conceito de rede, trabalhar em rede, estar em rede, conectado, produzindo outra rede, alterando os processos, e produzindo transformações nas práticas não só dos gestores, mas dos trabalhadores. Refazer um fluxo co-responde a uma modificação na vida dos trabalhadores e dos usuários do sistema de saúde: “Saí aquela coisa: ‘não é meu projeto’. O projeto passa a ser do sistema se ele pode ajudar todo o sistema. Ele foi trazido por um grupo para ser debatido [...] como um projeto pra um dos CAPS e a gente, junto, debateu e mostrou que ele podia ser melhor aproveitado. [...] Pensar no sistema como um todo e compartilhar a gestão desses projetos. Então embora cada CAPS tenha a sua realidade se o projeto ele pode transversalizar toda a rede de saúde mental. [...] É uma das coisas, um ponto positivo a questão da gestão dos CAPS e colegiados. [...] um ponto de fortalecimento, e ajuda no fluxo porque qualquer problema que apareça a gente consegue (re)fazer os fluxos com facilidade e de um serviço pra outro consegue reorganizar G1

“Que a gente tem esse coordenador do sistema e que ali a gente consegue, [...] a gente ta semanalmente se encontrando. As dificuldades que a gente tem, a gente pode ta levando pro sistema e podemos resolver junto. Que isso nos facilita bastante”. G7

“Sempre que a gente conhece quem são os coordenadores com quem tu falar, se caso surge alguma necessidade, eles entram em contato. A gente, toda a rede funciona integrada. Se eu preciso de alguma coisa olha tal paciente não sei”. G5

Surge dentro dos espaços de encontro discussões e organizações, o SAIS da Casa (Serviço de Atenção Integral a Saúde Mental) como é chamada a unidade de internação psiquiátrica no hospital geral, Santa Casa de Misericórdia. Reuniões sistemáticas são realizadas no Hospital Geral e comportam outros atores:

“Nós somos o único hospital da cidade, e a gente procura tá inserido em toda a rede. Nós temos reuniões quinzenais, com todo o sistema de serviço mental, que é o SAIS Mental, que participa o residencial terapêutico o CAPS I, o CAPS ad, o CAPS II, a Santa Casa, a Redutora de Danos, toda essa rede [...] principalmente, por causa dos nossos usuários de álcool e drogas, [...] durante a permanência deles internados a gente fortalece esse vínculo da rede [...] eles são acompanhados durante o período de internação além da equipe do SAIS da Casa, também participam os psicólogos da rede [...] tem uma escala de psicólogos que vem fazer o vínculo com esses pacientes durante a internação que quando eles vão dar alta [...] de possibilitar que os serviços que as redes externas façam parte do serviço dentro do hospital. E a gente sabe que quando o paciente interna é que foi esgotada a possibilidade do atendimento ambulatorial [...] e nesse meio tempo que, o serviço ambulatorial possa participar, porque ele vai sair de crise . G5”

Destacar esses espaços também requer refletir sobre a qualidade de discussões existentes. Que reflexos produzem e para quem? Que repercussões estes possuem na vida cotidiana das pessoas? Assim, cabe a reflexão do quanto se entende esses espaço como fixos, imutáveis ou flexíveis:

“Nosso grupo é muito importante pra cidade, eu sinto isso. [...] Não tá pronta a nossa rede, mas [...] não dá pra desconsiderar tudo que a gente já construiu [...] e acho que ela tende a melhorar e se amplificar [...] porque estamos a cada vez mais entrando na micro-política, né. E aí assim as idéias anti-manicomiais entrando na micro-política da gestão mesmo, como é que faz pra... traduzir a antimanicomialidade no cotidiano né, da família, da escola, da associação de bairro... enfim G12

Destarte a dinâmica das relações, as motivações coletivas, suas construções, como oficializar tal processo? De que forma uma fenda fixa-se na imagem sem deixar de

produzir novas fissuras? A consolidação de um modo de produção, de trabalho afetivo construído nas relações diárias, tornando-se oficializado para futuras produções: “A questão assim da Lei do Sistema que a gente já escreveu, e ela já tá sendo avaliada, pra ela se tornar lei. A gente tem a lei da saúde mental no município que é de 89, mais [...] de 92, mas a gente não tem uma lei do Sistema. A gente quer que o Sistema vire lei no município né, pra que não aja nenhuma possibilidade, qualquer mudança federal, né. Que o município então garanta, a continuidade dos serviços como financiamento, enfim, com a estrutura que já existe G1.”

Espaços colegiados e suas demandas. A necessidade que se cria de formalizações, de capturas, quando tudo que há em potência é justamente sua flexibilidade. Será que para fortalecer esses encontros, é preciso capturar, cristalizar as relações? Qual o significado das formalizações e seus reflexos na vida das pessoas? Uma captura, para não perdê-la... Uma imagem fixa para mantê-la. A Lei do Sistema, uma nova fenda na Política de Alegrete.

Ao adentrar a cena, como uma espécie de continuidade do criar, vê-se extrair dela seus inúmeros platôs e linhas. Essas linhas verticais, horizontais e transversais que vão compondo a cena de gestores de Alegrete vêm se apresentando uma a uma. Tem-se então a gestão.

A gestão é percebida como um processo político que pressupõe uma conexão de pessoas, e neste caso pessoas com objetivo de produzir um cuidado em saúde mental, e verifica-se como um dos desafios dessa gestão do trabalho em saúde “como colocar a potência andante que é o trabalhador” (FRANCO, s/d, p.3).

E como potência andante, referente à cena produzida, evidencia-se o fato de serem várias pessoas envolvidas, uma vez que o grupo de interesse pesquisado traduz também uma potência andante por fazer parte de um colegiado de gestores, ou seja, cada gestor é potencial para ativar essa potência andante no seu serviço do qual está no cargo de gestor.

Para Franco (s/d), a gestão é como um projeto técnico-ético-político que se pauta na liberdade, que se produz coletivamente nas relações por meio da micropolítica, plena na diferença de ser, e que reforça a autonomia para a produção de uma vida em si mesmo.

O trabalho em saúde, nesse âmbito, requer um traço “artesanal”, “singular”, de forma a produzir um “grau de divisão do processo de trabalho”, integrado em redes de serviços sem a existência de uma hierarquia gerencial entre elas. É referir-se a um neo-artesanato, uma clínica ampliada, do sujeito (CAMPOS; AMARAL, 2007, p.851).

Considera-se o “neo-artesanato” a reconstrução do trabalho clínico pautado na responsabilização coletiva, singular e compartilhada, tanto na esfera macro como na da micropolítica. A Clínica ampliada, como o próprio nome indica, refere-se a uma ampliação do “objeto” de ação de forma a produzir outra ação em saúde; refere-se a tirar o foco da doença, ou dos problemas em saúde, para transpô-la para as pessoas, ou seja, uma clínica do sujeito (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Nesse encontro, que se realiza **entre** os gestores da saúde, começam a aparecer intensidades que, mesmo internamente, numa tentativa de articular horizontalidades, operam suas forças latitudinais. São forças de subjetividade coletiva de maneira a entender a subjetividade como “o conjunto das condições que torna possível que instâncias individuais e/ou coletivas estejam em posição de emergir como território existencial, auto-referencial”. Esta se encontra em adjacência ou delimitada por uma alteridade, ela mesma subjetiva (GUATARRI, 2000, p.19).

No que se confere ao coletivo, verifica-se que este “deve ser entendido aqui no sentido de uma multiplicidade que se desenvolve para além do indivíduo, junto ao *socius*, assim como aquém da pessoa, junto às intensidades pré-verbais”. Assim, o coletivo deriva de uma “lógica dos afetos mais do que de uma lógica de conjuntos bem circunscritos” (GUATARRI, 2000, p.20).

Pensando nas intensidades dos afetos latitudinais desses gestores em dois movimentos, tem no primeiro as relações de poder que esses produzem **com** os trabalhadores em saúde mental, ou mesmo em saúde, **gestores versus trabalhadores**, o que acaba por refletir de alguma forma nas relações de poderes **trabalhadores versus usuários**. E um segundo movimento é referente aos afetos que limitam até o momento suas ações, que pode ser entendido, temporariamente, como ações de poderes sobre os gestores, tendo em vista as limitações administrativas que impedem até o momento a implantação da *Lei do Sistema*.

As leis, as estruturas políticas, rígidas, constituídas de vários segmentos são vistas como molares. Constituem-se na macropolítica, suas linhas e segmentos. Já a molecularidade contém a flexibilidade, a transversalidade, presente nos fluxos, na micropolítica. Importante destacar que, embora haja diferenças entre o molar e o molecular, ambos co-existem em um mesmo plano. Não havendo separação entre eles “e sim, um prolongamento do segmento/linha em fluxo, convertendo-se mutuamente um no outro” (ESCÓSSIA; KASTRUP, 2005).

Com isso, entende-se a presença dessas duas estruturas que são constituídas de linhas e fluxos: linhas de segmentaridade dura, co-responde a rigidez dos processos, a formalidade, da captura, da determinação, sexo, família, profissão, serviços; já as linhas flexíveis, linhas de fuga ou podemos considerar fluxos, rizomas, a percepção do afeto, onde operam os devires ou microdevires. As linhas são imanentes umas às outras (ESCÓSSIA; KASTRUP, 2005).

Nas intensidades latitudinais, presentes nesta cena, têm-se as forças macropolíticas, as leis, os serviços, as estruturas governamentais, além daquelas estabelecidas economicamente junto aos processos históricos como a globalização. Nesse âmbito, o que vem a influenciar essa cena é a Reforma Administrativa, ocorrida em 1995, sistematizada por meio do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado que gerou cortes nos financiamentos sociais e contenção de gastos públicos, diminuindo gastos com pessoal e contratações (NEVES, 2005).

A globalização vem modificar as forças de relações, o que faz com que a Reforma Administrativa surja como resultado desse movimento, com intuito de traduzir para o Estado essas relações por meio da redistribuição do “fundo” público. Esse ambiente político globalizado desencadeou um processo utilizando como produção de um discurso a busca da racionalização e da eficiência do Estado. No entanto, acabou por “reduzir a capacidade de o Estado prestar serviços, e assegurar direitos sociais conquistados ao longo de décadas” (NEVES, 2005, p.39).

Contudo, embora se encontrem resistências daquilo que *pode ser oficial, ou que eles, os gestores, pretendem oficializar*, identifica-se uma fissura, uma ruptura significativa com esse processo vertical, unidirecional, de relacionar-se, que inverte as relações de poder em uma tentativa de diluí-las. Produzem-se subjetividades coletivas, mudanças concretas no dia a dia das ações de gestão em saúde desse município, um fluxo.

Há um Sistema que produz de fato um cuidado de gestão, marcado, molar, macropolítico à Rede de Saúde Mental de Alegrete e seus serviços. E junto a esse outro pautado na horizontalidade nas ações diárias desses gestores, flexível, molecular. É um reconhecimento, um sentimento de pertencimento, o Sistema de Saúde Mental em Alegrete, mas que na prática é atravessado em sua micropolítica e se compõe.

A percepção e o sentimento, fenômenos freqüentemente analisados sob a ótica da dicotomia individual-social, passam a ser considerados processos que se constituem a partir do entrecruzamento de duas segmentaridades, a molar e a molecular, ambas co-extensivas a todo campo individual e social (ESCÓSSIA; KASTRUP, 2005, p.300).

Dessa forma, desenha-se outro caráter gestor que, assim como se espera dos trabalhadores em saúde, constitui um plano da sua ação cotidiana, na produção de micropolítica, na produção do cuidado cotidiano, ou seja, nas relações que se estabelecem, que “é livre para governar seu próprio processo de trabalho”, assim como é livre para se deixar capturar pela justificativa de não produzir coletivamente por falta e uma remuneração que não vem, ou ainda por uma lei, *uma regulamentação que não chega*. Considera-se inscrita a construção de um colegiado gestor-operante “como signos inscritos na sua subjetividade” (FRANCO, s/d, p.3).

A estruturação de colegiados de co-gestão tem por objetivo construção de espaço capaz de proporcionar “a contratação dos objetivos institucionais, elaboração dos planos operativos”. Isto pressupõe um acompanhamento e (re) avaliação de processos e resultados constantes que têm nas bases seu funcionamento dialógico (CAMPOS; AMARAL, 2007, P. 854).

Para Campos e Amaral (2007, p. 854), as pessoas que compõem uma equipe podem ser apoiadas para “depositar afetos positivos em aspecto do trabalho em saúde” conectando sua produção ao seu próprio interesse.

Efetua-se, assim, por meio do desejo, o que amplia e qualifica a capacidade de contrato e de (co)responsabilização, de forma “que não necessariamente serão motivados apenas por interesses financeiros ou de carreira, mas também pelo desejo de realizar-se profissionalmente”, de legitimarem-se frente à comunidade, conferindo melhoria na eficácia e eficiência dos trabalhos desenvolvidos.

Considera-se aqui o “Desejo” enquanto produzido coletivamente que, ao percorrer como fluxos, as pessoas acabam criando singularidades, “agenciamentos altamente diferenciados e elaborados” (GUATARRI; ROLNIK, 2010, p.331).

A cena que se apresenta tem um movimento horizontal, uma quebra, por momentos significativos, com a verticalidade **gestores versus trabalhadores**, como nos espaços de decisão, pois passam a se construir espaços organizacionais, afetivos, de confiança que permitem maior reflexão do que está posto, como problema, por exemplo.

Um dos gestores refere-se a quanto tomar as decisões conjuntamente, não somente pensando no espaço do colegiado gestor, ou seja, espaços entre gestores, mas com sua equipe, colegas de trabalhos. Nesse momento, ele, como gestor, produz um efeito de (co)responsabilização no processo diário do trabalho em saúde, possibilitando “a potência andante” do trabalhador.

É estar em um (re)conhecer do saber do colega, produzir um diálogo gestor-trabalhador que perpassa as questões administrativas, como discussões referentes a fluxos de atendimento, mas que continuam na produção dos processos terapêuticos, individualizados; um espaço formal para estabelecer coletivamente a escolha do cuidado a ser proposto ao usuário.

Destaca-se que, quando se está envolvido em um agenciamento, reproduz-se um enunciado, inconscientemente, como se fosse próprio, ou ainda que se acredita estar apenas falando em seu nome. No entanto, “não existe enunciado individual, mas agenciamentos maquínicos produtores de enunciados” (DELEUZE; GUATARRI, 2009, p.50).

Podem ser consideradas forças de resistência nesse município uma fenda que produz o cuidado pautado nos princípios de horizontalidade, como o colegiado gestor que, quando fixo, cristalizado na subjetividade coletiva, não mais consegue manter sua flexibilidade e têm-se o domínio da verticalidade, dos espaços hierarquizados.

Cabe destacar que frequentemente, as forças hierarquizantes são mais facilmente aceitas, por serem construções antigas do saber, das relações, onde atuar de uma forma dialógica torna-se aceitar a linha de fuga, que quebra com essa lógica da hierarquia e permite modificar os espaços anteriormente marcados por sua verticalidade, produzindo-se em sua horizontalidade.

Não obstante, esses espaços de verticalidades aparecem sutilmente, quase que imperceptíveis misturados à conotação de ordens, *a gente mostrou que podia ser melhor*, ou em movimentos mais enfáticos, no próprio posicionamento onde o *tem que ser* aparece facilmente no enrijecimento do saber-poder.

Rolnik (2011, p.16) refere-se às relações de poder e de manutenção dessas relações como a presença do coronel-em-nós que não considera “as expressões do corpo vibrátil, ou seja, a formas culturais e existenciais engendradas numa relação viva com o outro e que desestabilizam a cartografia vigente”. Fala-se aqui da flexibilidade necessária para se deixar conectar, afetar pelo outro, de uma forma a se deixar vibrar pela vibração do outro, que se relaciona inversamente com as forças estabelecidas pelo poder, pelas forças cristalizadas e servis das relações. O coronel-em-nós está presente na rigidez, seja ela presa ao modo asilar, seja a uma única forma de entender o modo de atenção psicossocial.

Não obstante, as horizontalidades nessas relações que se expressam em cena, elas são mais gritantes; vibram em maior intensidade de forma a produzir no coletivo linhas que se espalham e tomam novas formas. Mesmo diante de construções enrijecidas, há uma linha de escape, de fuga, de produção que perpassa as amarras do “coronel-em-nós”; aquele que estratifica, consolida e polariza (ROLNIK, 2011, p.154).

“É a constituição de complexos de subjetivação: indivíduo-grupo-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 re-singularizar” (GUATARRI, 2000, p.17).

O grupo de gestores reconhece sua força, identifica as alterações que produz na cidade, na vida das pessoas, mas também reconhece que a força de massificação das práticas manicomiais ainda são muito fortes e produzir devir novas formas de produzir saúde e desmistificar a loucura na sociedade requer muitos esforços e encontros capazes de proporcionar outros agenciamentos e encontros com a loucura, com a liberdade, com a produção de vida.

Analisando a velocidade das relações e como operam os afetos envolvidos nesta cena há uma percepção do grau atingido nesses encontros. Já parte-se do princípio de encontros de segundo gênero.

Os encontros de segundo gênero, como nos apresenta Spinoza (2005), são aqueles que se produzem nas ligações com outros corpos, que a nós convém por afinidades. Está presente nas noções comuns, é o que se confere em extensão de um corpo. São as relações em potência, onde o estar afetado por um afeto qualquer é capaz de produzir um encontro em alegria. Em um encontro de segundo gênero se estabelecem movimentos recíprocos.

Esses são os encontros produzidos por esses gestores quando estes apresentam a reciprocidade de suas relações que se estabelecem **entre** eles e em suas relações **com** a loucura. Essas relações, e encontros produzidos nos espaços de gestão, **entre** gestores, produz, por meio do que esses têm em comum, encontros potentes em alegria.

É o que está presente quando os gestores referem-se a *manter uma integração*. Essa integração é entendida no sentido de “incorporar, complementar” e não no sentido de um “ajustamento”. Essa integração pressupõe um ligar-se em noções comuns fazendo uma composição. E essa composição dá-se na alegria.

Remete-se ao que para Spinoza tinham as relações do corpo. Considera-se que o objeto que convém a natureza de um corpo passa a formar uma totalidade superior ao próprio corpo, produzindo alegria; já aquilo que não convém compromete a coesão e tende a dividir e produz tristeza (DELEUZE, 2002).

Spinoza (2005) referia-se que não existe o bem e o mal, mas sim o bom e o mau. O bom acontece quando um corpo compõe-se com outro e produz potência; e o mau, quando este se decompõe, mas há de se considerar aqui o sentido relativo: ao que convém a natureza e ao que não convém. O Bom, ligado ao livre, forte, está na presença do esforço em organizar esses bons encontros e em aumentar a potência. E o mau, escravo, ou fraco, ligado àqueles que vivem ao acaso de seus encontros.

Nesse caminho, Teixeira (2004) refere-se aos afetos que dão consistência à relação àqueles que compõem os corpos, os encontros existentes por meio das noções comuns e que produzem vínculos entre as pessoas. Esses afetos são vistos como os afetos de confiança. Nesse caso, refere-se a uma Zona de Comunidade presente na consistência, manifestado pelo vínculo da relação.

Um fluxo de trabalho em saúde mental diferentemente produzido nesta cena está presente nas visitas que ocorrem na unidade de internação psiquiátrica do hospital geral por profissionais dos CAPS, e alguns casos do residencial terapêutico *quando as redes externas fazem parte do serviço SAIS da Casa, dentro do hospital.*

Essa trama constituída em Alegrete chama a atenção por considerar várias formas de conectar-se e encontra-se. Uma instituição hospitalar que recebe profissionais de serviços da rede, do território, em sua rotina de trabalho, como profissionais do CAPS ad, do CAPS II, ou mesmo do Residencial Terapêuticos, como uma promoção conjunta para a criação de vínculos que garantem a assistência após a alta hospitalar. Isso requer, além de disponibilidade afetiva de seus profissionais de maneira “individual”, um contrato estabelecido em rede, um contrato da rede, **entre** que compõe outro cenário hospitalar que não o hierarquizado, detentor da produção de cuidado, tido como complexo, que dá conta de sua produção individualmente.

Ao contrário, esse outro cenário hospitalar permite que esse mesmo profissional do serviço do território - CAPS e Residencial - acompanhe a pessoa internada em visitas a esse serviço com o carro da secretaria de saúde, da saúde mental, para que esta pessoa internada no SAIS da Casa familiarize-se com seu próximo local de atendimento; e, após a visita, retorne ao serviço de internação.

Entende-se que aqui a instituição hospitalar confere não somente outra forma de produzir rede, mas uma forma de rede de trabalho afetivo que rompe com o paradigma das caixas, das divisões das especialidades, ou de que cada profissional tem um único ambiente físico, estipulado, uma sala para trabalhar, um modo de trabalhar.

Entende-se esse encontro **entre gestores, gestores-gestores e entre gestores e trabalhadores, gestores-trabalhadores** um encontro rico em potência e peculiar. Essa peculiaridade pode ser percebida como uma “singularidade radical” (TEIXEIRA, 2005).

Considera-se então esse encontro como de terceiro gênero; os encontros com as ideias adequadas a respeito da alteridade, presentes na aceitação do verdadeiro outro, nas singularidades das relações, naquilo que no outro não é igual, ou semelhante, mas naquilo que no outro é uma potência única (SPINOZA, 2005, TEIXEIRA, 2004a).

No campo das Zonas de Singularidades (TEIXEIRA, 2004a) há a intensificação dos afetos ativos e adequados. Nesses encontros, está presente a liberdade, pois nele está contida a ação e o domínio das ideias inadequadas. E esse acolhimento que ocorre **entre** aqueles que compõem o serviço do hospital e os serviços do território é o da diferença.

Confere-se uma nova produção de subjetividade, coletiva, que altera o que se é esperado dos fazeres e saberes de cada profissional, ou ainda dos saberes e fazeres que cada instituição tem: produção de uma **instituição hospitalar versos a produção de cuidado de serviços do território**.

Esse movimento em rede não derruba os muros institucionais, ao contrário, ultrapassa-os, de uma maneira quase imperceptível, mas com uma força construtora incomparável de instituição **Hospital-território**, ou pode dizer, **SAIS da Casa-CAPSad-CAPSII-Residencial**.

Atravessa transversalmente a cena de produção de saúde mental no município, a partir de uma construção coletiva, que produz ações conjuntas de maneira horizontal, considerando uma relação de micropoderes. Uma vez que é por meio de relações mais horizontalizadas que vão se proporcionar espaços reflexivos capazes de promover uma interlocução livre, que inclua a sociedade e os usuários.

Com isso, entende-se que os gestores em Alegrete produzem esses espaços, conseguem engendrar outros fazeres, outras redes, redes quentes, ou como consideramos uma rede de trabalho afetivo na lógica da alternatividade ao manicômio, ou da instituição da loucura entendida como doença.

A produção de trabalho afetivo em Alegrete dá-se em rede, engendra outras redes e é engendrado por elas. Essas redes, as que são referidas aqui, são moleculares, funcionam em fluxos, flexíveis, mas atravessam aquela outra rede, a rede de serviços de Alegrete, o SAIS Mental, rede molar.

Essa capacidade de aceitar o “outro como um legítimo outro” na esfera da gestão produz potência andante no trabalhador, que é potencializado para produzir esse acolhimento e reconhecimento nas suas relações-encontros com os usuários.

Essa é a potência **da rede de trabalho afetivo** no modo de atenção psicossocial. Produzir outra relação com as pessoas, com os usuários e seus familiares, é outra forma de produzir relações de trabalho, são as próprias relações interpessoais existentes nesses movimentos que compõem a potência desse lugar.

É produzir outra relação com a loucura, com o louco, é produzir uma relação diferente com os espaços fixos, sedimentados.

## 5.2. A judicialização e a atenção psicossocial (co)produção de encontros

*Cena 2: Já na primeira entrevista com os gestores surgiram relatos a respeito de intervenções judiciais na saúde. Estes falavam do quanto essas ações aumentaram significativamente nos últimos anos, como forma de proporcionar aos usuários do Sistema Único de Saúde acesso aos serviços. No caso da saúde mental os gestores referem-se ao processo histórico-cultural-loucura-exclusão que produz a loucura como um desequilíbrio emocional merecedor de afastamento, asilamento, e com carências urgentes de internação em hospitais asilares e psiquiátricos, muitas vezes solicitados por familiares, imersos nesse mesmo processo histórico-cultural-secular.*

*Assim, formam-se demandas judiciais de avaliações, laudos, relatórios e “um certo” cumpra-se. Relatos de um não-cumprimento de prazos levou à abertura de processos judiciais contra gestores municipais. Casos de internações compulsórias para pessoas com dependência química, ou mesmo para pessoas com outros transtornos psíquicos e que a equipe de saúde discordava e ainda discorda. Enfim, relatos da rigidez com que às vezes as leis atravessam, ou atropelam, condutas na saúde.*

*No entanto, esses gestores também trazem relatos de como “a judicialização na saúde” foi capaz de gerar inúmeros movimentos, (des)confortos, que propiciaram a esses gestores um olhar diferenciado, um (des)acomodar a esse processo, um encontro com novas possibilidades: “Tinha uma paciente [...] 50 dias no hospital geral que não podia sair porque tinha mandado judicial. [...] Tinha uma indicação que ela já tava piorando de tanto tempo dentro do hospital [...] e a gente não podia tirar do hospital. G1”.*

*Exemplos como esses da internação compulsória produziram uma procura. Inicialmente de causas externas, das limitações e impedimentos que “o outro”, o judiciário, produzia, mas que pouco a pouco foram engendrando diferentes questionamentos, novas propostas onde: “uma vez por mês, [...] se fez reunião juntando o Ministério Público, Judiciário, e Defensoria e toda rede de CAPS, na verdade todo sistema de saúde mental:*

*Residência, Hospital, CAPS, pra falar daqueles problemas que apareciam mais. A gente conseguiu que todos entendessem que embora o Ministério Público te encaminhe quem vai te dizer se tem que internar ou não é a equipe, né?" G1. Não no sentido de que eles não me encaminhassem mais, mas eles identificaram que havia a necessidade de uma mudança de comportamento por parte da justiça, entendeu? Porque antes a justiça achava que a gente não fazia por falta de organização. Hoje eles identificam que a gente não faz por princípio de cuidado de tratamento e eles pararam de exigir isso também. G12*

Tais "princípios de cuidados", "a proposta", mudanças nas práticas de cuidados na saúde, mudanças de conceitos... mudanças no outro... será? A cena transforma-se aos poucos. Os relatos foram aprofundando cada uma das dimensões dessa mudança, dessa relação com a justiça e que vão traçando outro caminho a explorar:

*Era uma coisa que me deixava muito ansiosa, e a gente começou a conversar [...] e se criou[...] mensalmente, uma reunião, [...]. Então eles traziam coisas pra nós e nós pra eles, e aí quando precisava traziam mais alguém da rede da saúde, da ação social e tudo. Então a diferença que fez pra nós, isso? Foi aí que eles entenderam qual era proposta [...] Eles têm os nossos telefones, eles nos ligam. [...] o promotor fala conosco: To aqui na minha mesa com tal situação, o que eu faço? Isso aqui continua? Mando? Não mando? [...] Isso fez uma diferença enorme e realmente na internação psiquiátrica G2*

Ansiedades são geradas, produzidas. Vibram e alteram o processo. Movimentam os encontros, fala-se "em diálogo com", trocas singulares, celulares. Criam-se outros ares..."Com o judiciário [...] com o Ministério Público a gente procura dialogar francamente [...] a gente tem conquistado um espaço [...] mais aberto de um tempo pra cá. A gente [...] fez algumas reuniões [...] pra afinar esses laços de parcerias com a rede de saúde mental." G3.

*"Melhorou de várias formas. Antes tu chegava aqui segunda-feira tinha: seis, sete pedidos judiciais de internação, de verificação, de visitas domiciliar, de tudo assim: dois dias, cumpri-se! Se não cumprir, tal coisa. Isso acalmou" G2*

Depois da pressa, a calmaria. Percebe-se que, diante de várias urgências, ansiedades, o diálogo traz uma sensação de cumplicidade. Conhecer, abrir-se ao novo, há um conjunto de ideias e pessoas diferentes, reunir-se. Transdisciplinarizar-se. Abrir as caixas! Deixar o ar circular e o saber (re)novar.

Em um primeiro momento, ou diante de um primeiro olhar, vê-se na cena a concepção de um problema *representado na figura do judiciário*. Não só o problema estava no outro como o movimento existente e produzido no afeto com este outro, o judiciário, estava em situá-lo em *quem deveria decidir sobre a produção de saúde exercida neste lugar*.

Nesse primeiro olhar, ou diante dessa primeira linha de análise, linha dos afetos, os quais compõem os movimentos de atração e repulsa dos corpos, revelam-nos o impacto inicial que ambas as esferas produzem uma sobre a outra, mais precisamente no impacto que o judiciário e a judicialização na saúde produzem nesses gestores, pensando que a judicialização na saúde é um movimento que se expande em todo território nacional, e não se restringe somente ao município estudado, ou aos gestores em questão. É um movimento produzido no coletivo.

Nesse encontro, realizado entre os gestores da saúde **com** os representantes do judiciário, verifica-se que a necessidade de mudança ainda é identificada no outro. O problema está no judiciário, para o outro, pouco identificada como uma mudança conjunta, o que acaba por pressupor um diálogo dos poderes, verticalizados, dois pilares, **justiça versus saúde**, e não **entre** justiça e saúde.

Essa cena ainda nos apresenta os entraves reais na atenção ao sujeito, onde o mandado judicial exerce poder sobre a forma de atenção a ser realizada às pessoas, mais do que a subjetividade e suas necessidades. É o caso da manutenção de uma internação prolongada quando é avaliada como não mais necessária pela equipe.

É a linha vertical que atravessa a cena. E esse problema é a atuação do Poder Judiciário na saúde, a qual acaba interferindo na política de saúde planejada pelo Poder Executivo, pois escolhas originalmente de ordem política e de competências gerenciais de saúde acabam sendo tomadas na esfera judicial.

Essa intervenção (re)força ainda mais as desigualdades sociais e acaba por dificultar os fluxos de saúde, visto que a interferência arbitrária do judiciário em problemas sociais, na maioria das vezes, ocorre em defesa de interesses dos indivíduos em condição privilegiada de inclusão social. Pessoas que têm acesso cultural, pertença de seus direitos, e que exercem sua cidadania (CHIEFFI; BARATA, 2009).

No entanto, a interpretação dos direitos sociais, por vezes, acaba por desconsiderar a dimensão coletiva de direitos, pois permite um olhar fragmentado do problema, não o reconhecendo em todas suas dimensões e em toda a sua complexidade. Com isso, esta interferência, ao invés de proporcionar medidas que promovam a justiça social, acabam prolongando indefinidamente a imensa dívida social com a parcela mais vulnerável da população (CHIEFFI; BARATA, 2009).

Mas procuremos pensar, então, que foi identificado um problema. Estamos no princípio do caos, da perda de controle dos afetos, uma perda de sentido, *do que é função da justiça e da saúde*. Houve uma fissura nesse mundo do direito à saúde e do cuidado produzido na saúde.

Assim, observa-se produção desse encontro aumento de potência, presente na troca, que só é possível na presença do caos, na relação que existe a partir da produção do diferente. Uma vez que este encontro reflete o desejo desses gestores em saúde de proporcionar mudanças necessárias às demandas da população, mesmo que, por vezes, busquem a mudança no outro- no judiciário, pois se considera aqui o desejo como um processo de produção de universos psicossociais, como o próprio movimento de produção desses universos; um desdobramento que acontece por meio de um movimento que produz intensidades e sentidos, energético e semiótico, que só funciona em agenciamento - encontro (ROLNIK, 2011).

É nos agenciamentos coletivos que se encontram os “focos de unificação, nós de totalização, processos de subjetivação”, esses sempre relativos e que irão se desfazer ao longo do percurso. Trata-se de pegar as coisas “pelo meio”, rachar, rachar as coisas e as palavras (DELEUZE, 1992, p.113).

Mas que encontro é esse? São vários. Vários encontros produzidos diferentemente a cada momento, e que durante a cena se modificam. Seguindo a linha horizontal de análise, a cena evidencia um encontro de primeiro gênero, ou seja, onde está presente o conhecimento vago. O judiciário que desconhece a saúde e a saúde que desconhece o judiciário.

Em termos Spinozianos, um encontro de primeiro gênero pressupõe o poder de um corpo sobre outro, justamente por desconhecimento, criamos ideias inadequadas do outro, podemos pensar nas falsas impressões. Por não conhecermos, tornamo-nos passivos, deixamo-nos afetar pelas impressões que temos daquelas que os

outros corpos despertam em nós, vibram em nós; sob o predomínio da paixão ficamos imóveis ao poder que o outro exerce sobre nós.

Importante destacar que encontros de primeiro gênero ocorrem em muitos momentos, nos mais variados aspectos da vida. Mas quando uma paixão maior nos move e movimenta nossos corpos, passamos a outro patamar deste encontro; deixamos de ficar imóveis e geramos um movimento.

Esse movimento por descobertas se dá na potência da paixão, no interesse de maiores aproximações; é a potência do movimento. O conhecimento, até então vago, é alimentado pelo que há de comum, levando a uma busca por mais coisas em comum.

Há nesse âmbito uma ação. Modificam-se as causas que levam ao encontro. Essas deixam de ser externas, imaginárias, desconhecidas e passam a ser internas. Como se referia Spinoza (2005), “conhecer é internalizar a causa”. Nesse momento passamos a constituir um encontro de segundo gênero.

Falaremos do que é comum: saúde é um direito da população; existe um problema. Encontram-se noções comuns: acesso, assistência, direitos, deveres, cidadania, internalizam-se as causas, e se produz uma ação.

Contudo, cria-se um espaço, formal, onde duas esferas que até então não se comunicavam, a não ser por ordens judiciais, papéis impessoais, processuais que eram protocolados, e endereçados, de uma instituição justiça a uma instituição saúde, passam a (co)produzir encontros físicos e de afetos. Consideremos, então, Spinoza (2005) no campo dos afetos, em seu entendimento dos “*afectos*, da percepção que se tem daquilo que afeta e se deixa afetar”.

Assim, a cena evidencia a mudança do movimento: apresenta-se o poder de um corpo sobre o outro, mas que aos poucos, por estar em potência, acaba produzindo conhecimento, movimento, passa a gerar e produzir ações. Estamos agora em um encontro de segundo gênero, conhecer o outro, proporcionar diálogo de maneira a produzir ideias adequadas do que se tem em comum, compondo-se e compondo com outros corpos, em expansão, movimento que produz extensão. Aquilo que nos outros corpos convém no movimento e no repouso. São relações que se compõem efetivamente em potência.

Analisaremos por meio desse espaço formal, organizado **entre** gestores da saúde e **com** atores da Justiça e pensemos. São espaços, afetos, produções realizadas por pessoas ligadas à saúde (gestores) e por pessoas ligadas à justiça (promotores e juízes). Deixa de ser um universo imaginário e passa a ser um universo construído por meio de afetos presentes no encontro dos corpos. Modificam-se as falas, as relações à medida que a cena vai sendo produzida. Fala-se em estreitar laços, ligar-se, despir-se dos poderes e discutir casos, subjetividades, abrir espaços para a alteridade.

Cria-se uma Zona de comunidade, afetos capazes de proporcionar vínculos (co)produzidos em uma convivência mútua dos corpos. Essa é considerada aqui como uma zona potencial à produção de um encontro com a alteridade. Assim, os encontros estabelecidos entre os gestores, coordenadores dos serviços de saúde mental, pertencentes à rede de saúde, com o órgão judiciário e com a promotoria pública, além de proporcionar uma aproximação entre esses, estabeleceu uma gestão dialógica que possibilitou um entendimento de ambas as partes de saberes distintos de cada órgão e uma produção de novos saberes e práticas coletivas.

Percebemos que tal interferência proporcionou a reflexão e uma percepção diferenciada pelos gestores da saúde envolvidos. Esse encontro, de ambas as esferas, executivo e judiciário provocaram um estranhamento, ou por assim dizer, outro desenho, um terceiro desenho, um novo encontro. Não mais **saúde versus justiça**, mas **saúde e justiça**, que acabam por produzir um terceiro plano, um novo agenciamento, um novo território.

No entanto, nos planos dos afetos o que se percebe ainda é a ausência de produções de alteridade. As linhas presentes nesse encontro produzem rupturas inovadoras no âmbito do diálogo de duas esferas rígidas de poder. Contudo, esse avanço não consegue ainda produzir um encontro que para Spinoza seria entendido como de terceiro gênero, ou ainda, ao que Teixeira (2004) refere-se como produção de uma Zona de Singularidade.

Esse *novo território* é composto de estratégias e ações mais condizentes com a realidade enfrentada pelo local, bem como responde à flexibilidade exigida para o funcionamento adequado de uma rede. Estamos diante da linguagem dos vínculos da terceira linha de análise. Uma produção de trabalho afetivo que se constitui em rede, pois não há redes sem que haja trocas, de fato pessoais, personificadas, o que

os gestores produzem “por meio de celulares, chamar-se por apelidos, conferindo aproximação”, lembrando Rovere (1999) uma vez que não são os serviços que fazem conexões e constituem redes, e sim as pessoas que se conectam e se vinculam.

Com isso, esse espaço formal, esse encontro, potencializa e traz em si a capacidade de construir redes, uma vez que a construção de uma rede dá-se em sua complexidade entre os diferentes serviços, especialidades e saberes, o que acaba por exigir a implementação de novas tecnologias que possam qualificar ainda mais os fluxos presentes nessa rede (BRASIL, 2009).

Esse novo arranjo em rede vem para compor uma nova forma de organização em saúde; pressupõem as organizações sociais e é capaz de acolher a heterogeneidade, pois entende que a rede se forma a partir das trocas existentes entre os diferentes nós que a compõem, uns mais densos e outros menos, visto que esta é capaz de permitir respostas mais flexíveis às necessidades das pessoas. Assim, são “teias de aranha, multicêntricas”, não mais formas piramidais, pilares desconexos descaracterizando tais organizações (ROVERE, 1999).

Portanto, tanto a rede quanto a organização coletiva nesse sentido pressupõe a existência do caos, de tal forma a confundir as funções, não caracterizando mais *um saber saúde, ou um saber justiça*, saber-árvore, vertical, mas a união de ambos. União esta que não prevê e nem pretende a homogeneidade, mas sim a co-produção de um saber-rizoma, horizontal, da co-produção de novos fluxos, da coletividade.

Isso pode ser entendido, no âmbito da interdisciplinaridade, ou intersetorialidade, como trazem alguns autores. Como Franco (2010), ao defender que a decisão judicial quando referida a áreas como a saúde, não pode ficar condicionada a elementos não-jurídicos, mas também há necessidade do julgador conhecer os impactos de sua decisão, a fim de que atue em bases cada vez mais sólidas e exerça a jurisdição ciente de todos os reflexos de sua atuação. Para tal, o julgador, no caso os representantes da justiça, precisa conhecer o custo dos direitos, as dificuldades de gestão do SUS, os benefícios do que está sendo requerido.

Entende-se, portanto, que não se trata aqui da necessidade de domínios totais de conhecimento, mas de espaços que proporcionem trocas capazes de proporcionar elementos significativos que produzam ações judiciais mais

condizentes com as realidades das pessoas, dos serviços de saúde e de sua própria produção coletiva.

Frente à concepção do modo de atenção psicossocial, trabalha-se no sentido de fortalecer a intersetorialidade das ações em saúde mental, de maneira a consolidar ações em prol da atenção para desterritorializar/reterritorializar, uma vez que os direitos presentes na sociedade extrapolam as políticas de saúde e adquirem outra dimensão entendida como social, política e econômica.

Assim, o conceito de redes propõe refletir sobre as necessidades dos diferentes grupos que compõem a sociedade, que não se caracterizam pela homogeneidade e sim por suas diferenças. Dessa forma, pensar em propostas que deem conta das demandas das pessoas com transtorno psíquico e seus familiares, nas lógicas das redes, é pensar conjuntamente, considerando as organizações sociais que estes compõem.

Com isso, a significância desse encontro evidencia-se à medida que a rede de trabalho necessita ampliar os desejos dos gestores de saúde de forma a possibilitar mudanças no processo de gestão, proporcionando “trocas vivas”, tendo em vista que um cuidado pautado nos “afectos” dos gestores acaba por refletir na resolubilidade das necessidades dos usuários (FRANCO, s/d).

Assim, entende-se que os espaços de reflexão promovem aumento da potência desses gestores no cotidiano de suas ações de forma que seus desejos e potências passam a alicerçar linhas mais condizentes com o modo de atenção psicossocial. Esse alicerce é possível à medida que é produzido no coletivo, constantemente tensionado, em um movimento de desterritorialização (saúde *versus* Justiça) /reterritorialização: **Saúde e Justiça**.

Destarte, a conformação desta cena produzida aqui atenta a dois movimentos simultâneos: longitudinais por meio dos encontros e fluxos-redes que se estabelecem por entre gestores e com outros, “o judiciário”, como uma linha de fuga que tenta produzir para além do conhecido e tenta ganhar intensidade, na produção com o diferente. E também movimentos latitudinais, que apresentam as intensidades, os poderes que se estabelecem as relações saber-árvore, verticalizados, uma vibração que avança no sentido da diferença e, ao mesmo tempo, retrocedem como movimentos protetores do poder instituído.

Esses movimentos produzem a terceira linha do platô, em (des)territorialização e (re)territorialização, ou seja, sua produção diferente. Sua produção social, pois se entende que o funcionamento do desejo produz novos mundos; é a própria construção de novos territórios, é a produção do real social.

Essa produção diferente é entendida como uma produção de trabalho imaterial, o qual se alterou **em** encontro, **em um trabalho afetivo em rede**, produzido por essa rede de gestores. É a própria produção do cuidado em saúde mental, que se modifica na constituição de um novo território composto não só por gestores de saúde, mas também por representantes do judiciário, que produzem um real social para além da soma desses conhecimentos diferenciados. É a produção de um novo conhecimento.

Assim, o trabalho afetivo produzido nesse espaço coletivo vem a contribuir para uma nova produção de **saúde-justiça-cuidado**. Altera-se, então, o que Franco (2010) traz como a ausência da cultura interdisciplinar e a dificuldade do Judiciário em definir as situações de interesse público que autorizam a intervenção nas políticas públicas de saúde, bem como na determinação da densidade do controle judicial.

Trata-se de uma produção de trabalho afetivo em processo constante, em potência, mas que ainda não consegue estabelecer relações que deem conta de produzir rupturas com a produção subjetiva asilar. Há movimentos que avançam no sentido de abarcar a diferença, fluxos e intensidades que correm para um lugar que está em construção, para um espaço de discussão e conversação, ao mesmo tempo em que se fixa e retorna em um espaço que produz a divisão dos saberes, um protecionismo de poderes, na captura do modo asilar.

Pensem nos modos de atenção em saúde mental que essa produção de trabalho imaterial, especificamente de trabalho afetivo, vem a refletir. Inicialmente, o desconhecimento do outro, de ambas as esferas - **saúde versus judiciário**, e a falta de diálogo que ambas produziam refletem uma produção de trabalho afetivo que confere ao **saber-poder** e ao estabelecimento de relações hierárquicas como sua maior característica. Estamos diante do que Basaglia (2001, p.107) referia-se como “os delegados da sociedade (médicos) que afastam e excluem”, ou diante de um olhar sobre a cena, a equipe (saber-saúde) é quem deve decidir sobre a necessidade de internação ou não.

Basaglia (2001, p.110) já se referia à questão da terapêutica como uma violência, já que o “psiquiatra como delegado da sociedade detém o mandato de curar os doentes através de seus atos terapêuticos”, de forma que tal processo terapêutico nada mais era do que proporcionar “um ajuste e auxiliar ao excluído a não rebelar-se”, ou seja, adaptarem-se as sua condição de excluído e violentado. Dessa forma, há uma produção coletiva do saber biomédico e suas práticas que perpassa aos profissionais de saúde e à sociedade como um todo.

Quando se altera a lógica dessas relações para uma produção de real coletivo, imbuído da construção conjunta de ambas as esferas, produzindo potência e uma zona de comunidade, saberes horizontalizados, podemos nos referir a uma **rede de trabalho afetivo** produzida no **não-saber** e na construção inter e multidisciplinar, bem como intersetorial. Está-se a produzir subjetividades coletivas na lógica do modo de atenção psicossocial, que não atende a organogramas piramidais, ou em fluxos de um único sentido, mas que abarcam o movimento, linhas de fugas, novas formas de ser e se relacionar com o mundo.

No que diz respeito à produção de subjetividade coletiva, apontam-se carências e limites no âmbito de uma produção de subjetividade desejante, e não tutelar, cópia fiel de constituições culturais seculares e asilares, mas uma produção de subjetividade pautada na liberdade, processo que é entendido pelo reconhecimento “como causa eficiente interna dos apetites e das imagens, dos desejos e das idéias, afastando a miragem ilusória das causas finais externas” (CHAUI, 1995; p.72).

Contudo, aponta-se, ainda, um processo de trabalho afetivo que confere a ausência de espaços mais amplos de discussão que reflita de fato numa produção de subjetividade coletiva que leve em consideração a pessoa ponto chave, dos encontros promovidos pelos gestores da saúde e os promotores e juízes da justiça, aquela sobre a qual se decide ou não sobre a internação.

Nessa lógica, mesmo quando produzidos os espaços de discussão, acaba-se por não considerar sobre o que se discute, sobre a vida e os desejos das pessoas que necessitam ter voz, de forma que ainda há pouco espaço para o sujeito desejante.

Evidencia-se a necessidade de avanço, pois parece que, para além do espaço das ações terapêuticas dentro de um dos serviços do território, ainda há pouca escuta para o que diz o usuário.

## 6. Considerações

Este estudo acompanhou processos de forma a buscar conhecer os encontros capazes de engendrar uma rede de trabalho afetivo de gestores, de um município, que potencializam o modo de atenção psicossocial. O município escolhido foi Alegrete, no Rio Grande do Sul. Em Alegrete pude experienciar dois encontros, um por meio da coleta de dados pela pesquisa REDESUL e outro com a produção cartográfica desse produzida neste estudo. É como olhar de maneira diferente para o mesmo lugar, e perceber que se produz outro mundo e outro lugar.

Esse exercício cartográfico permitiu produzir, construir, criar diversas relações com esse outro Alegrete. Foi estar atento aos movimentos de re-encontro com este município, o qual produziu, inicialmente, uma busca por redes inovadoras na atenção psicossocial, e que dentre essas redes visualizou-se a potência existente nas redes de trabalho afetivo que lá se formam, produzem-se em encontros.

Esses investimentos para os encontros partiram do entendimento de que, mesmo reconhecendo que a subjetivação, dominante socialmente, fixada no modo asilar e que é capaz de promover capturas, quase que inevitavelmente imperceptíveis, nas relações sociais com a loucura, nas produções das práticas na saúde, logo, no trabalho afetivo, tínhamos como pressuposto que **na perspectiva da atenção psicossocial a produção do trabalho afetivo nos espaços de gestão em saúde, quando produzidos em rede, propicia a construção de redes mais próximas e resolutivas capazes de potencializar o modo de atenção psicossocial.**

Diante dessa proposta procurou-se responder a questão inicial: Quais os encontros que engendram uma rede de trabalho afetivo de gestores de um município que potencializam o modo de atenção psicossocial?

Foram muitos encontros presenciados em Alegrete, mas alguns mereciam destaques por seu grau de potência; verdadeiras máquinas produtoras de trabalho afetivo em rede. Os encontros identificados neste estudo podem contribuir para

potencializar outros encontros; são formas de se fazer, de se constituir redes singulares na gestão no modo de atenção psicossocial.

São (en)(com)tros constituídos **entre** gestores, **gestores-gestores**, e também **entre** gestores e trabalhadores, **gestores-trabalhadores**, da rede referente à saúde, e, também, **com outros**, outras esferas de poder, como o judiciário.

Os encontros foram apresentados neste trabalho por meio de duas cenas que produzem a gestão nas ações de saúde mental do município estudado, considerando os fluxos dos corpos, o corpo vibrátil.

As cenas, por si só, já contém a criação da realidade estudada. Constitui-se em relevo no texto, experimentada em três platôs de análise: latitudinais, horizontais e transversais, e remetem ao campo de afecções percebidas pelo cartógrafo.

A Cena 1: **Os espaços de gestão colegiados: a produção SAIS Mental e o Colegiado Gestor** apresenta os encontros estabelecidos **entre** os gestores de saúde do município de Alegrete e a rede de trabalho afetivo que é engendrado nesses encontros. Essa rede molecular, flexível, é uma rede que transversaliza a cena, pois é produzida em fluxo, altamente relacionável, nas ações do trabalho.

Nesse âmbito verificou-se que Alegrete consegue co-produzir espaços mais organizados, com dias e horários para acontecerem, legitimados **entre** seus gestores como o Colegiado Gestor e o SAIS da Casa que promovem reflexões e articulações necessárias à manutenção aquecida dessa rede. No entanto, estas ainda são uma ruptura produzida com as hierarquias da gestão, enquanto rede de serviços, uma vez que esses espaços não estão legalizados, no que estes gestores gostariam que se oficializasse em uma Lei do Sistema de Saúde Mental de Alegrete.

Esses encontros produzem uma nova produção de subjetividade; uma subjetividade coletiva que quebra com as caixas dos fazeres e saberes de cada profissional e instituição. Os gestores de Alegrete produzem **entre** eles encontros de segundo e terceiro gêneros, constituem Zonas de Singularidades e engendram redes de trabalho afetivo capazes de co-produzir **hospitais-território**.

Eis a potência **da rede de trabalho afetivo** no modo de atenção psicossocial. Nessa cena, produzir outra relação com as pessoas é outra forma de produzir relações de trabalho; são as próprias relações interpessoais existentes nesses movimentos que compõem a potência desse lugar. É outra produção com a loucura, com o louco; é produzir uma relação diferente com os espaços fixos, sedimentados.

A Cena 2: **A judicialização e a atenção psicossocial (co)produção de encontros** experienciou movimentos que permitem acolher o diferente e, portanto, produzir ações diferenciadas das até então descritas na atenção psicossocial, o que configura uma rede de trabalho afetivo que é capaz de produzir outras redes. Entende-se que esse movimento, para fora, para a linha de fuga, é possível pela produção de rede entre os gestores a qual já se experiencia o encontro com o caos, com a singularidade radical capaz de potencializar outras redes. Assim, entende-se a aproximação **com outros** órgãos, **com** o judiciário. Encontros esses de primeiro e segundo gênero, capazes de estabelecer zonas de comunidade que engendram uma produção de cuidado, de fato, diferente e resolutivo.

Constituíram-se espaços de reflexão, promovem o aumento da potência do que é produzido no coletivo, e constantemente tensionado, em movimentos de desterritorialização dos saberes **saúde versus Justiça** para uma reterritorialização: **Saúde e Justiça**. A lógica dessas novas relações parte da construção conjunta de ambas as esferas, de saberes horizontalizados de uma **rede de trabalho afetivo** produzida na construção inter e multidisciplinar, e intersetorial. São subjetividades coletivas no âmbito do modo de atenção psicossocial que abarcam o movimento, linhas de fugas, novas formas de ser e se relacionar com o mundo.

Os gestores que participaram desta pesquisa apresentam uma trajetória permeada de afetos que os compõem, no campo da militância da saúde mental, na construção da atenção psicossocial no Rio Grande do Sul, quando um dia constituíram-se como trabalhadores dos serviços de saúde mental do município. Como participantes dos movimentos políticos e sociais da cidade, atualmente produzem encontros que engendram redes de trabalho afetivo potentes para a produção do modo de atenção psicossocial.

Alegrete consegue, por meio da rede de trabalho afetivo que constrói, acolher o caos, a diferença, a loucura e assumir a complexidade que é viver em um mundo que produz diferenças constantemente. É reconhecer no outro potências tantas quanto em si mesmo. É potencializar-se mutuamente.

Por conseguinte, os encontros que produzem a rede de trabalho afetivo de Alegrete são ricos em potência, pois se produzem na subjetividade coletiva, na construção das diferenças, na força das relações micropolíticas. Produzem

movimentos de cuidados e gestão em saúde, capazes de engendrar outras redes, presentes na diluição de poderes, criatividade e produção da diferença.

Essas redes são compostas no encontro, co-produzidas pelo próprio encontro, que fortalecem e potencializam novos encontros. Essa rede agencia um cuidado que se produz no modo de atenção psicossocial de forma que, quando as redes de trabalho afetivo são produzidas em sua micropolítica afetiva que liga as relações horizontais e a produção da diferença, ela aumenta em potência o próprio modo de atenção psicossocial, pois não se trata de consolidá-lo, mas de criar espaços para que ele circule cada vez mais. São características não limitantes ou polarizantes; características de devir, abertas à diferenciação contínua, o que pode vir a produzir outras formas de cuidar não catalogadas ou protocoladas.

Dificuldades existiram e demarcam este estudo de forma a entender este trabalho como um início para a cartografia, um exercício cartográfico, frente a limitações como acoplar um método a outro. As limitações estão presentes na inexperiência de cartografar, que limita a forma de olhar e produzir os afetos existentes em cena. Esse foi a primeira tentativa-experiência, o que requer assumir riscos diante das arestas teóricas que se formaram nesta construção.

Os limites desse estudo comportam a forma originária dos dados estudados. Mesmo estes sendo produzidos pelo próprio cartógrafo, por vezes, estavam enraizados em outra construção-problema que impossibilitaram aberturas maiores aos afetos que atravessam este lugar. Foram construídas duas cenas, mas poderiam ter sido inúmeras outras.

Contudo, a aproximação com a cartografia possibilitou ao estudo olhar de outra forma para os processos de gestão ligados ao modo de atenção psicossocial produzidos em Alegrete e de conhecer de uma maneira diferenciada como se dão esses encontros e as características que fazem com que esses gestores engendrem uma rede de trabalho afetivo com essa potência.

## Referências

ABOU-YD, M. N; SILVA, R. **Lógica dos mapas**: marcando diferenças. In: Loucura, ética e política: inscritos militantes. (Org) Conselho Federal de Psicologia, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

ALEGRETE. Prefeitura Municipal. Disponível em: <<http://www.alegrete.rs.gov.br>>. Acesso em: 11 Fev. 2012.

AMARANTE, PDC. **O homem e a Serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. 141p.

\_\_\_\_\_. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.

\_\_\_\_\_. Saúde Mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANELLA, L. et al. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p 735-759

BASAGLIA, F. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 3 ed. Rio de Janeiro: Graal; 2001.

BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.30, n.3, p.380-98,1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. secretaria de atenção à saúde. Política Nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. Redes de produção de saúde. Brasília : Ministério da saúde, 2009a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e co-gestão. Brasília : Ministério da saúde, 2009b.

CAÇAPAVA, JR. O acolhimento e a produção de saúde mental na atenção básica: uma cartografia do trabalho em equipe. [dissertação] EEUSP. 2008

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.4, p.849-859, 2007

CATRIB, P. R. V. M.; OLIVEIRA, I. C. S. A cartografia na enfermagem: uma proposta de abordagem metodológica. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. abr-jun; v.14, n.2, p.399-405, 2010

CHAUÍ, M. **Espinosa**: uma filosofia de liberdade. 2ed. São Paulo: Moderna, 2005.

CHIEFFI, A. L.; BARATA, R.B. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. **Cad. Saúde Pública**. 2009, v.25, n.8, p.1839-1849, 2009

COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In AMARANTE, P. (org.) Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p.141-169.

DELEUZE, G. **Espinosa**: Filosofia prática. São Paulo: Escuta; 2002

DELEUZE, G; GUATTARI, F. **Mil platôs**: capitalismo e esquizofrenia. Vol 1 2009. 96p

\_\_\_\_\_. **O anti-Édipo**. São Paulo: Ed. 34; 2010. 560p

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. 167p

ELIAS, P. E. Análise sobre a reforma sanitária e concepções políticas subjacentes: a visão autoritária do ideário progressista. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.2, n.1, p.59-73, 1993.

ESCOREL, S; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: Lima NT, organizadora. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p.59-81.

ESCÓSSIA, L; KASTRUP, V. O conceito de coletivo como superação da dicotomia indivíduo-sociedade. **Psicologia em estudo**, Maringá, v.10, n.2, p.295-304, mai./ago. 2005

EZCURDIA, J. Imanência e amor na filosofia de Espinosa. **Cadernos Espinosanos XIX: estudos sobre o século XVII**. 2008. São Paulo: Departamento de Filosofia da FFLCH-USP, p11-45

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: ROSANI, P; MATTOS, R. A. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. 459-473.

FRANCO, T. B. Gestão do Trabalho em Saúde Mental. S/d. Disponível em: <[www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/gestao-trabalho-saude-mental.pdf](http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/gestao-trabalho-saude-mental.pdf)>. Acesso em: 26 fev. 2011

FAGUNDES, A. A; FAGUNDES, B. **O Canto Alegretense**. Disponível em: <<http://www.alegrete.rs.gov.br/site/?bW9kdWxvPTEmYXJxdWI2bz1jaWRhZGUucGhw&pagina=canto>>. Acesso em: 11 fev 2012

FILIPPON, J. G. Democracia e conquista: saúde mental como política pública. 2009. Dissertação. (Mestrado). Escola de Enfermagem Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009. 120p.

FURTADO, J. P. Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2006, vol.11, n.3, pp. 785-795.

GAINZA, M. A. “Transindividualidade” Spinozista: entre a determinação e a expressão. **Dissertatio** (31):77 – 95 inverno de 2010.

GLEIZER, M. A. **Espinosa e a afetividade humana**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2005.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite. 3ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 1990.

GUATARRI, F. **Caosmose**: um novo paradigma estético. São Paulo: Ed. 34, 2000. 208p

GUATARRI, F; ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografias do desejo. Rio de Janeiro: Vozes, 2010. 439p.

HARDT, M. O trabalho afetivo. In Pelbart PP; Costa R 2003 (org.) **O reencantamento do concreto**. São Paulo: Hucitec/ Educ. 1998.

KANTORSKI, L. P. O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental e a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul. 1998. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

KANTORSKI, L.P.; WETZEL, C.; MIRON, V.L. Resgatando práticas reformistas de atenção em psiquiatria e saúde mental no Rio Grande do Sul. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 23, n. 2, p. 16-26, jul. 2002

KANTORSKI, L. P. et al. Redes que reabilitam - avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial (REDESUL) : relatório final/ Universidade Federal de Pelotas. Faculdade de Enfermagem; Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Pelotas, 2011. 418p.

\_\_\_\_\_. Avaliação de quarta geração: contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental. **Interface (Botucatu)**, v.13, n.31, p. 343-355. 2009.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: PASSOS, E; KASTRUP, V; ESCÓSSIA, L. Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2010. 207p

LIMA, J. C; RIVERA, F. J. U. Agir comunicativo, redes de conversação e coordenação em serviços de saúde: uma perspectiva teórico-metodológica. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, n.31, p.329-42, out./dez. 2009.

LINS, D. A alegria como força revolucionária: ética e estética da alegria. In: FURTADO, B; LINS, D (org). Fazendo Rizoma: pensamentos contemporâneos. São Paulo: Hedra. 2008. p.45-59.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO. 2006. p.41-66

MEIRELES, M.C.P. Educação Permanente em Saúde no Processo de Trabalho de um Centro de Atenção Psicossocial. 2009. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas. 2009. 128p.

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

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. **Saúde em debate**, ano XXVII, v.27, n.65. Rio de Janeiro, Set./dez. de 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11.ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.

MICHAELIS. Moderno Dicionário da Língua Portuguesa. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=cena>> Acesso em: 01 fev 2012.

NEVES, J. M. **A Face oculta da organização**: a microfísica do poder na gestão do trabalho. Porto Alegre: Sulina, 2005. 192p

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS; 1978.

\_\_\_\_\_. Declaração de Carácas. In: Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental 1990-2004. 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

PASSOS, E; BARROS, R.B. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E; KASTRUP, V; ESCÓSSIA, L. Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2010. 207p

PASSOS, E; BARROS, R.B. Clínica, Política e as modulações do capitalismo. **Lugar comum** 2004, 19 (20): 159-71

PASSOS, E; KASTRUP, V; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia:** pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2010. 207p

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Gestão em redes:** práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: Cepesc-IMS/UERJ-Abrasco, 2006. p.459-474

RISK, H. **Compreender Spinoza.** Tradução Jaime A. Clasen. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2006.

ROLNIK, S. Hal Hartley e a ética da confiança. **Trafic. Révue de Cinéma** 12:104-114. P.O.L., Paris, outono 1994. Disponível em: <<http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/halhartley.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2011.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental:** transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2011, 247p.

ROMAGNOLI, R. C. A cartografia e a relação pesquisa e vida. **Psicologia & Sociedade**, v.21, n.2, p.166-173, 2009

ROVERE, M. Redes En Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte, 1999a. Disponível em: <<http://www.ilazarte.com.ar/mt-static/blog/archives/Mario%20Rovere%20-%20libro%20%20Redes%20en%20Salud.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2011.

\_\_\_\_\_. Redes nômades, algunas reflexiones desde una práctica de intervención institucional. 1999b. Disponível em: <<http://www.politicaspUBLICASysalud.org/documentos/gestion-social-del-conocimiento/view.download/23/214.html>> . Acesso em: 26 fev. 2011.

ROTELLI, F; DE LEONARDIS, O; MAURI, D. **Desinstitucionalização.** 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001. 112p.

RIO GRANDE DO SUL. Lei Estadual nº 9.716, de 07 de agosto de 1992. Legislação do Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em: <<http://www.mp.rs.gov.br/dirhum/legislacao/id326.htm>> . Acesso em: 10 fev. 2012

SALBEGO, M. H. A contribuição da luta antimanicomial para a política de saúde mental de Alegrete. Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) 2004.

SPINOZA, B. **Ética demonstrada à maneira dos geômetras.** São Paulo: Editora Martin Claret, 2005.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco, 2005. p.89-112.

\_\_\_\_\_. As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público. Trabalho apresentado no Research Conference on: Rethinking “the Public” in Public Health: Neoliberalism, Structural Violence, and Epidemics of Inequality in Latin America. Center for Iberian and Latin American Studies (CILAS)/ University Of California, San Diego. 2004a. Disponível em: <<http://www.corposem.org/rizoma/redeafetiva.htm>>. Acesso: 20 fev. 2011.

TEIXEIRA, R. R. A Grande Saúde: uma introdução à medicina do Corpo sem Órgãos. **Interface (Botucatu)**, v.8, n.14, p. 35-72. 2004b

\_\_\_\_\_. **Estudo sobre a técnica e a saúde**. 2003. 300f Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <<http://www.corposem.org/rizoma/apresentese.htm>>. Acesso em: 20 de fev de 2011

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde Manguinhos**. Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.25-59, 2002.

WETZEL C. Avaliação de serviço em saúde mental: a construção de um processo participativo [tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em enfermagem; 2005.

## **Apêndices**

## Apêndice A – Autorização de utilização dos dados da pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS-UFPEL

FACULDADE DE ENFERMAGEM



Pelotas, 27 de fevereiro de 2011

### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que Gimene Cardozo Braga, pós-graduanda do Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, participou ativamente na elaboração do banco de dados da pesquisa **“Redes que reabilitam - avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial - REDESUL”**, sob minha coordenação. Desta forma está autorizada a utilizar parte dos dados coletados para elaborar a sua dissertação de mestrado intitulada **“Cartografando (en)(con)tros na atenção psicossocial: engendrando redes de trabalho afetivo na gestão”**, sob orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Valéria Cristina Christello Coimbra.

Ressalto que esta dissertação faz parte dos produtos oriundos da pesquisa e que a aluna está ciente do compromisso de publicação de resultados em parceria com a coordenadora do projeto.

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Luciane Prado Kantorski

## **Apêndice B – Questões Externas ao Círculo Hermenêutico**

1. Fale sobre sua contribuição na rede de saúde mental para a produção do cuidado em liberdade (espaços de criatividade, motivação, cuidado relacional e capacidade de acolhimento).
2. Como você percebe seu relacionamento com seus colegas de equipe, com os gestores, com os usuários e os trabalhadores da rede identificando conflitos, alianças e estratégias de superação (como se dão essas trocas humanas e não-humanas) na produção do cuidado em liberdade?

## **Anexos**

## **Anexo A - Círculo Hermenêutico Dialético de Gestores**

### **Questões iniciais**

Fale sobre o funcionamento da rede de serviços e sua contribuição para a oferta da atenção psicossocial no seu município.

Avalie as dificuldades e facilidades que você identifica no funcionamento/fluxo da rede. Justifique.

Avalie os espaços na comunidade/pessoas/instituições (mediadores humanos e não humanos) que contribuem para qualificar a rede social dos usuários/moradores do SRT-Moradia Assistida (como se dão as relações de trocas)?

Como se organiza/planeja/avalia a rede de atenção psicossocial do município?

Avalie o potencial de inovação da rede de atenção psicossocial do município de Alegrete.

## **Anexo B - Questões desdobradas no Círculo Hermenêutico de Gestores**

Necessidade de oficializar arranjos da Rede de Saúde Mental do Município para melhor funcionamento da rede

A presença do Colegiado Gestor na Rede de Saúde Mental do Município aparece como um facilitador de seu funcionamento e dos fluxos

Intervenções do Ministério Público e do Judiciário no tratamento no tratamento de usuários e após reuniões entre esses setores com a Rede de Saúde Mental houve uma diminuição dessas intervenções

É difícil manter a educação permanente e a motivação nos profissionais, assim como o perfil dos profissionais recém-contratados na Rede

É frágil o atendimento do usuário com transtorno mental na atenção básica

Ainda a Rede de Alegrete tem enfrentado dificuldades no atendimento 24 horas, nos finais de semana e feriados

As Rodas do Saber aparecem como positivas e contribuintes para o funcionamento da Rede

A capacidade da equipe criar e construir novos espaços e formas de cuidado para além do que está regulamentado é inovador

Algumas situações acabam por estressar o trabalhador e aumentando o risco de adoecimento da equipe

A cobrança de faturamento para os CAPS e alguns serviços como um condicional para investimentos em materiais e estrutura gera dificuldades na rede

Existem pessoas certas que auxiliam no fluxo e funcionamento da rede

O estabelecimento de um fluxograma facilitaria o fluxo da rede

Alguns serviços de saúde e outros e a comunidade têm dificuldades de entender o que é o SRT

Os grupos de saúde mental realizados no meio rural é uma inovação em Alegrete

Problematizada a necessidade de ampliação questão de horário de funcionamento do CAPSad

Proposto como auxílio de cuidado ao cuidador um programa d ginástica laboral e uma possível academia para os profissionais

A rede de saúde mental de Alegrete expande o cuidado para além do município, realizando trocas com instituições regionais

Os trabalhadores do Sistema de Saúde Mental tem liberdade no processo de trabalho para criar e implementar coisas

Problematizada a questão de poucos leitos em hospital geral necessidade de ampliação

### **Anexo C – Consentimento**

#### **CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA** **Resolução 196/96 do Ministério da Saúde)**

Estamos apresentando a você o presente termo de consentimento livre e informado caso queira e concorde em participar de nossa pesquisa, intitulada "Redes que reabilitam – avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial (REDESUL)", autorizando a observação, a entrevista, e aplicação de questionários referentes as etapas de coleta de dados do estudo. Esclarecemos que o referido estudo tem como objetivo: avaliar experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial. Garantimos o sigilo e anonimato dos sujeitos em estudo, o livre acesso aos dados, bem como, a liberdade de não participação em qualquer das fases do processo. Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar como sujeito deste estudo, autorize e assine o consentimento abaixo: Pelo presente consentimento livre e informado, declaro que fui informado (a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos instrumentos utilizados na presente pesquisa.

Declaro que aceito voluntariamente participar do estudo e autorizo o uso do gravador nos momentos em que se fizer necessário. Fui igualmente informado(a) da garantia de: solicitar resposta a qualquer dúvida com relação aos procedimentos do estudo; do livre acesso aos dados e resultados; da liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento do estudo; do sigilo e anonimato. Enfim, foi garantido que todas determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término desta pesquisa.

LOCAL/DATA: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_

RG DO PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

OBS: Qualquer dúvida em relação a pesquisa entre em contato com: Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas

Profa. Luciane Prado Kantorski. Rua XV de novembro 209. Pelotas. RS.

Telefone/Fax: 53-2786473. E mail: kantorski@uol.com.br

## Anexo D- Parecer do Comitê de Ética

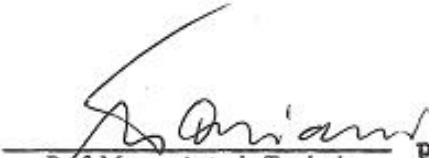


**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

**PELOTAS, 14 de janeiro de 2009.**

**PARECER Nº 073/2009**

O projeto de pesquisa intitulado: **“REDES QUE REABILITAM- AVALIANDO EXPERIÊNCIAS INOVADORAS DE COMPOSIÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL(REDESUL)”**, está constituído de forma adequada, cumprindo, nas suas plenitudes preceitos éticos estabelecidos por este Comitê e pela legislação vigente recebendo, portanto, **PARECER FAVORÁVEL** à sua execução.

  
Prof. Marcos Antonio Torriani  
Coordenador do CEP/FO/UFPel

Prof. Marcos A. Torriani  
Coordenador  
Comitê de Ética e Pesquisa