

## **Efeitos transversais da supervisão clínico-institucional na Rede de Atenção Psicossocial**

Cross-effects of institutional and clinical supervision in the psychosocial attention network

Efectos transversales de la supervisión clínica-institucional

En la red de atención psicossocial

**Joana Angélica Macedo Oliveira**

Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

**Eduardo Passos**

Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

---

### **Resumo**

Construímos uma cartografia dos efeitos transversais disparados na rede de atenção psicossocial a partir do processo de supervisão do território. Tomamos para análise a rede de atenção psicossocial de uma área programática (AP) do município do Rio de Janeiro-RJ. Partimos da análise de dois dispositivos: a Supervisão clínico-institucional da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e a Supervisão clínico-institucional do território em que se encontra o CAPS. A supervisão se mostrou como um dispositivo que faz operar uma rede transversal ativadora de conectividade e de efeitos de coletivização na rede de saúde do território.

**Palavras-chave:** Subjetividade, Transversalidade, Saúde Mental, Supervisão.

### **Abstract**

We build a cartography of the effects in the psychosocial care network triggered from the supervision device. We analyze the psychosocial care network in a program area (PA) in the municipality of Rio de Janeiro, RJ. We start from the analysis of two devices: a clinical-institutional supervision of the staff of a Center for Psychosocial Care (CAPS) and a clinical-institutional supervision of the territory in which lies the CAPS. Supervision is shown as a device that makes operating a cross-network connectivity and activating effects of collectivization in the health work.

**Keywords:** Subjectivity, Transversality, Mental Health, Supervision.

## Resumen

Construimos una cartografía de los efectos transversales disparados en la red de atención psicosocial desde el proceso de supervisión del territorio. Tomamos para analizar la red de atención psicosocial de un área programática (AP) del Municipio de Rio de Janeiro-RJ. Partimos del análisis de dos dispositivos: la Supervisión clínico-institucional del equipo de un Centro de Atención Psicosocial (CAPS) y la Supervisión clínico-institucional del territorio en el que se encuentra el CAPS. La supervisión se presentó como un dispositivo que hace operar una red transversal activadora de conexión y de efectos de colectivización en la red de salud del territorio.

**Palabras-clave:** Subjetividad, Transversalidad, Salud Mental, Supervisión.

## Introdução: Constituição do Plano

### Problemático

Em pesquisa anterior (Oliveira, 2006; Oliveira & Passos, 2007) acerca das novas formas de assujeitamento exercidas em dois serviços de saúde de mental (CAPS) revelou uma modulação das linhas de forças que constituem o exercício de poder no contemporâneo. Constatamos uma transformação da relação de **tutela**, operada pelo antigo manicômio, para a de **controle** dos serviços ditos “abertos”, levando-nos à construção de duas séries paralelas e contemporâneas que se apresentam como linhas de forças modulantes do exercício de poder. Nessa complexa operação, situamos o perigo de modulação da série **doença mental – tutela – manicômio** para outra que pode

comportar outros perigos: **doença mental – controle – serviços abertos**. A modulação sofrida pelo exercício de poder no campo das práticas em saúde mental coloca um problema gravíssimo para os atores da reforma psiquiátrica brasileira. Para a manutenção da relação manicomial com a loucura não é imprescindível o manicômio. Isso implica em dizer que a relação manicomial pode persistir enquanto modo de pôr-se em relação entre os atores que compõem o processo de desinstitucionalização da loucura. Nesse sentido, as formas de atenção e de gestão exercidas nos serviços territoriais em saúde mental, descentralizados e “abertos” podem se configurar em novos modos de sobrecodificação, de segmentação, captura e controle a céu aberto que perpetua a relação manicomial.

Foi isso o que revelou a discussão sobre as políticas públicas de subjetivação em serviços de saúde mental, nos fornecendo pistas para problematizar três formas de cronicidade constituídas a partir dos modos de atenção e de gestão do cuidado em serviços substitutivos de saúde mental: **1) cronicidade dos usuários, 2) cronicidade dos profissionais 3) cronicidade dos dispositivos em saúde mental.** Quando se põe em análise esses três modos de cronificação chama atenção os efeitos-subjetividade - de retração, constrangimento e esfriamento - que expandem a relação manicomial para além dos muros do manicômio.

A discussão dessas formas de cronicidade nos forçou a pensar que podem existir redes relacionais geradoras de dinâmicas burocráticas, fechadas, frágeis e empobrecidas que perpetuam a relação manicomial, diluindo-a por todo *socius*. Por outro lado, podem emergir comunicações transversais que operam graus de abertura na rede de atenção psicossocial, criando efeitos-subjetividade de aquecimento e de expansão das formas de relação entre usuários, trabalhadores e gestores.

O presente trabalho é resultado de uma pesquisa que problematiza a dinâmica comunicacional da rede de atenção psicossocial de uma área da cidade do Rio

de Janeiro. Nosso objetivo foi analisar os efeitos gerados pela dinâmica da rede de saúde considerando seus momentos tanto de expansão, aquecimento, propagação e diferenciação das linhas em conexão quanto de retração, esfriamento, estagnação e homogeneização de suas linhas.

A pesquisa em questão se deu numa cidade que foi uma das pioneiras na luta dos trabalhadores pelo processo de desinstitucionalização da loucura. Realizamos uma cartografia dos efeitos disparados na rede de atenção psicossocial a partir do processo de supervisão do território. Tomamos como caso crítico-clínico a rede de atenção psicossocial de uma AP no município do Rio de Janeiro-RJ.

Essa experiência teve seu ponto de partida em agosto de 2008, a partir de um convite da direção e da coordenação clínica do CAPS dessa AP para que um dos pesquisadores assumisse a supervisão clínico-institucional do serviço e do seu território. A encomenda dirigida pela coordenação de saúde mental do município foi a de que a supervisão não se restringisse apenas ao CAPS, mas se estendesse a outros equipamentos da rede de atenção psicossocial, funcionando de maneira ampliada pelo território.

### **Composição do Plano da Pesquisa: Impressões sensíveis de um trajeto e a experimentação afetiva de um meio**

Estávamos lançados no campo não só como pesquisadores, mas também como trabalhadores da rede de atenção psicossocial. Um de nós exercia a função-supervisão em CAPS II de uma área programática que compreende nove bairros da zona norte da cidade do Rio de Janeiro. Esse território conta com cinco equipamentos de saúde: uma Policlínica, um Posto de Saúde, uma Emergência, CAPS II e um Instituto Psiquiátrico.

O CAPS é o único Centro de Atenção Psicossocial deste território, atendendo a uma população oficial de aproximadamente de 700.000 habitantes (IBGE, 2010); sendo a população toda da AP estimada em 1.112.000 habitantes (IPP-2009). Pode-se dizer que há um deserto sanitário instituído neste território, se levarmos em consideração o número de equipamentos de saúde frente à demanda populacional dessa região. Além disso, essa é uma área de pobreza com baixo investimento em políticas públicas, o que produz uma dureza nos modos de sentir, pensar e fazer que ganha ares, frequentemente, de brutalidade. A violência atravessa capilarmente as relações sociais.

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

No ano de 2011 o CAPS II atendia 483 usuários. Apesar de funcionar como CAPS II, não oferece refeição diária aos usuários assistidos, ofertando apenas um pequeno lanche, o que afeta significativamente o projeto clínico-político desse serviço. O cuidado prestado aos usuários no CAPS II inclui as seguintes atividades: atendimento individual, atendimento em grupos (conscientização do movimento corporal, grupo terapêutico, musicoterapia, grupo de família, atendimento em oficinas terapêuticas (brincando de cinema, oficina de vídeo, geração de renda, oficina expressiva) e visitas domiciliares.

### **A metodologia da Pesquisa**

De início devemos ressaltar o que entendemos como particularidade do dispositivo-supervisão e como o experimentamos no CAPS enquanto recurso metodológico de que a rede de atenção psicossocial lança mão para construir o cuidado e gerir esse mesmo cuidado. O que é esse dispositivo?

Foucault em seu artigo “Sobre a História da Sexualidade” (1979) nos indica três aspectos que devem ser considerados para a análise de um dispositivo: a) a formação em rede dos dispositivos (o dispositivo como produtor de ligação entre elementos heterogêneos: discurso, instituição, leis, regulamentos, enunciados científicos, proposições filosóficas, etc); b) a qualidade da ligação criada e recriada nessa rede (a relação de pressuposição recíproca entre os elementos dessa rede se encontra em constante movimento); c) a dimensão estratégica dessa rede (o dispositivo responde sempre a uma urgência).

Deleuze (1996, p.83), ao comentar o conceito de Foucault sobre o dispositivo pensa-o como “uma meada, um conjunto multilinear composto por linhas de natureza diferente”. No dispositivo as linhas não delimitam ou envolvem processos homogêneos por sua própria conta, como o sujeito, o objeto, a linguagem, etc, mas, “traçam linhas que

estão sempre em desequilíbrio e que ora se aproximam, ora se afastam uma das outras.” (idem).

Guiados pelas trilhas abertas por Foucault (1975), Deleuze (1996) e Barros (1997) compreendemos o dispositivo por sua capacidade de irrupção naquilo que se encontra impedido de criação, de expansão, de diferenciação. Cabe ao dispositivo criar tensão, movimentar, mexer, deslocar para outro lugar, desfazer códigos, compor-se a partir de múltiplas conexões e ao mesmo tempo gerar outras tantas conexões. Essas funções imanentes ao dispositivo, de saída não estão dadas, tornando-se necessário dispará-las, construí-las, ou seja, pô-las a funcionar. Pensar o exercício clínico-político da supervisão nos convoca considerar tanto os elementos heterogêneos de que esse dispositivo é composto quanto os seus efeitos em termos de processos de produção de subjetividade e de produção de saúde. No campo atual da saúde pública, devemos pensar o dispositivo da supervisão clínico-institucional a partir da noção de apoio institucional.

A partir das contribuições de Campos (2000), tomamos o apoio institucional como dispositivo de ampliação da capacidade de reflexão, de entendimento e de análise dos coletivos, ajudando não só a qualificar sua própria

intervenção, mas, sobretudo aumentando sua capacidade de produzir saúde (Brasil, 2008). Dessa maneira, o apoio institucional tem a função de: 1) ativar espaços coletivos, através de arranjos ou dispositivos que propiciem a interação entre sujeitos; 2) reconhecer as relações de poder, afeto e a circulação de saberes, visando à viabilização dos projetos pactuados por atores institucionais e sociais; 3) mediar a construção de objetivos comuns e a pactuação de compromissos e contratos; 4) agir com os coletivos, interferindo em processos de qualificação das ações institucionais; 5) promover ampliação da capacidade crítica dos grupos, propiciando processos transformadores das práticas de saúde e contribuindo para melhorar a qualidade da gestão no SUS (Oliveira, 2011).

Analisamos dois dispositivos concretos: 1) a supervisão de equipe enquanto rede de trabalhadores do CAPS e 2) a supervisão de território enquanto rede de trabalhadores dos equipamentos de saúde coletiva e dos equipamentos intersetoriais implicados com a produção de cuidado e gestão desse mesmo cuidado no território.

A supervisão do CAPS acontecia às terças-feiras das 09h30min às 12h30min. Estavam presentes nesse dispositivo a direção do CAPS, a coordenação clínica,

todos os trabalhadores do serviço, incluindo a cozinheira, as merendeiras, profissionais de serviços gerais e da vigilância. O processo de supervisão do CAPS se desdobrou a partir de três linhas de ação: planejamento dos processos de trabalho, análise permanente dos processos de trabalho e a discussão e construção coletiva dos casos clínicos.

A supervisão do território normalmente acontecia às quartas-feiras das 13h30 min às 16h30 min. Participaram deste dispositivo os equipamentos de saúde (Unidades Básicas de Saúde, Programa de Saúde da família, Ambulatórios, Emergência Psiquiátrica, Hospital Psiquiátrico, etc.) e os equipamentos da rede intersetorial (CRAS, CRES, diretores de Escolas do território, Associação de Moradores, Lonas Culturais, Conselho Distrital, Fórum Judiciário, etc). A supervisão do território foi um dispositivo de discussão coletiva dos impasses e dificuldades experimentados no atendimento de casos clínicos encarados como de difícil resolutividade no território.

### **Composição dos conceitos-ferramenta: a concepção de rede**

Gilles Deleuze e Félix Guattari em *Mil Platôs* (1995) afirmam o conceito de rede a partir do primado ontológico da

linha de força sobre a forma constituída, fazendo operar o primado da relação ou da conexão sobre a forma instituída. A fim de efetuar os desafios que essa ontologia convoca, tais autores tomam de empréstimo à botânica o termo rizoma que define sistemas e caules subterrâneos de plantas flexíveis que dão brotos e raízes adventícias em sua parte inferior.

Para esses autores, um rizoma é composto por conexão de linhas de segmentaridade dura, linhas de segmentação maleável e linhas de fuga, diferentes linhas que atravessam tanto os grupos, os indivíduos, quanto as sociedades compondo nosso mapa individual, grupal ou coletivo. Tais linhas se transformam e penetram umas nas outras, formando um rizoma que se estende como um mapa aberto a ser traçado o tempo todo. É nesse sentido, que descrever a dimensão rizomática da realidade nos leva a traçar cartografias. A cartografia é o método de acompanhamento dos processos de conexão que engendram dada realidade.

Passos e Barros (2004), ao definirem a dimensão pública e coletiva das redes no contemporâneo, ressaltam o sentido ambíguo e paradoxal de seu funcionamento. Deve-se compreender que tais redes comportam, ao mesmo tempo, abertura, deixando escapar linhas de fuga criadoras de novas formas de existência, ou

fechamento, capturando a potência de diferir da vida. O fechamento gera modos de experimentar a realidade em que o produto se separa de seu processo de produção. A dinâmica em rede se caracteriza por esse paradoxo, por essa ambivalência, porque comporta tanto um funcionamento quente quanto um funcionamento frio.

É importante ressaltar que a dinâmica da rede se torna quente quando opera por conectividade ascendente e expansão sem hierarquia, criando efeitos transversais. Em outras palavras, a rede quente afirma a experiência do coletivo como constituinte de novas formas de existência, gerando efeitos de diferenciação da vida. Esse plano de produção heterogêneo cria uma política de resistência aos efeitos de serialização, homogeneização, autoritarismo característicos do capitalismo contemporâneo.

Há uma tendência ao movimento de esfriamento da rede quando identificamos, cartograficamente, em sua dinâmica a preponderância de linhas duras ou segmentares compostas de nós que funcionam como concentrados de poder. O movimento de esfriamento da rede está relacionado com a função desempenhada por seus nós. Quando os nós da rede exercem a função de concentrados de

poder tendem a se transformarem em auto-referentes, passando a reproduzir seu próprio lugar em uma conectividade descendente, hierárquica, vertical e fechada. Neste caso, o cargo de direção de um CAPS, por exemplo, pode coincidir e colar com a função-de-direção, tornando-se indistintos e inseparáveis, de tal maneira que aquele que ocupa o cargo tende a concentrar em si toda a função de direção, comprometendo o protagonismo e a corresponsabilidade dos integrantes da equipe. A concentração de poder em um nó da rede compromete o grau de abertura transversal do grupo. A transversalidade do grupo é o que garante, segundo Guattari (2004), uma posição sujeito ou uma posição assujeitada nessa mesma rede. Dessa forma, os concentrados de poder esfriam a rede na medida em que diminuem o grau de abertura transversal, produzindo efeitos de assujeitamento em seus integrantes.

Definimos transversalidade como o aumento do grau de abertura comunicacional quando os sujeitos rompem o padrão organizacional tradicional verticalizado e hierarquizado da comunicação nas instituições. Dessa maneira, tornam-se agentes ativos de transformação e de uma conectividade que não pára de ser desfeita, feita e refeita ao intensificar as alianças, as relações e os

processos de diferenciação que ativam o campo de forças de que a realidade é constituída (Guattari, 2004).

Em sua versão fria, a rede de saúde pode ser constituída de concentrados de poder que impedem tanto o manejo distribuído das funções de gestão, quanto à abertura transversal intra e inter grupos, comprometendo as construções e pactuações coletivas. Quando detectamos a predominância desse funcionamento concentracionário de poder, há indícios de que essa rede esteja esfriando.

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

assujeitada dos trabalhadores e dos gestores na rede de atenção psicossocial.

Convém ressaltar novamente que a relação de hierarquização, autoritarismo, homogeneização, serialização e assujeitamento dos trabalhadores e usuários são efeitos-subjetividade produzidos por concentrados de poder que operam localizando o poder como se ele fosse algo que se detivesse nas próprias mãos, tornando-o privado, obscurecendo desta forma o exercício de sua circulação presente nas relações de força intra e inter grupos.

Para melhor pensar a concepção de rede com que estamos trabalhando, é importante distinguir as diversas dimensões da rede de atenção psicossocial.

### **A dimensão funcional da rede de atenção psicossocial**

Definimos como funcional a dimensão que descreve o funcionamento e a articulação do sistema de saúde. À medida que a assistência à saúde é expandida surge uma preocupação não apenas com o estabelecimento dos serviços, mas, sobretudo, com o modo como os serviços se articulam executando ações de saúde. Nesse contexto, a rede é compreendida não somente como um mero conjunto de serviços de características

semelhantes e bem distribuídos espacialmente, mas, sobretudo, como um conjunto de serviços complementares uns aos outros, que devem compor um sistema, exigindo ordenação, normatização, racionalização.

### **A dimensão afetiva da rede de atenção psicossocial**

A dimensão afetiva de uma rede diz respeito ao grau de abertura relacional entre os seus nós constituintes. Em outras palavras, uma rede se caracteriza pelo grau de abertura de seus componentes (os nós da rede) para ser afetado e afetar, constituindo um sistema de conversações produtoras de territórios existenciais tanto para os usuários quanto para os trabalhadores e gestores dos serviços (Teixeira, 2003). O acolhimento dialogado é proposto como uma conversa que pode ser operada por qualquer profissional em qualquer momento de atendimento em qualquer dos encontros que funcionem como nós da rede de conversações composta pelos serviços de saúde, pelos trabalhadores e usuários. As conversações formam extensas redes de trabalho cuja matéria prima é de afetos. Seguindo as indicações de Teixeira (2005), nomeamos como rede de produção de afetos os sistemas transversais de conversações que

funcionam conectando, aumentando as possibilidades de agenciamento e composição de forças entre usuários, trabalhadores, gestores, supervisores, agentes comunitários de saúde, pesquisadores e diferentes profissionais da saúde.

### **A dimensão intensiva da rede de atenção psicossocial**

A dimensão intensiva de uma rede diz respeito aos movimentos de diferenciação contínua resultado da comunicações transversais que se dão entre elementos heterogêneos. Em outras palavras, uma rede entra em processo de diferenciação de acordo com os elementos que entram em conexão e com o grau de abertura para ser afetado e afetar. A dimensão intensiva é responsável pelos movimentos de transformação e criação de novas realidades na/da rede.

### **A dimensão pública da rede de atenção psicossocial**

Definimos a dimensão pública da política de saúde como aquela construída a partir da experiência concreta dos coletivos implicados nas práticas de produção de saúde. Essa dimensão política da rede de saúde está relacionada com o Estado

embora não seja redutível a ele. A ciência de governar o Estado é apenas um dos modos de expressão da política. Se ampliarmos o sentido de política pública, não o restringindo mais ao domínio específico das práticas mediadas pelo Estado, é porque nos interessa pensar as relações de poder que põem os sujeitos em relação, articulando-os, fazendo-os constituir mundos e ao mesmo tempo constituindo um tecido existencial para eles (Benevides & Passos, 2005).

Alterações da experiência coletiva podem gerar políticas públicas malgrado o centripetismo característico da máquina do Estado que tende a interiorizar o movimento das forças que emanam do coletivo. Entendemos que as políticas públicas estão encarnadas nas experiências dos usuários, trabalhadores e gestores que se transformam em consonância com a alteração das práticas de atenção e de gestão. Significa dizer que uma mudança nos processos de produção de saúde requer também transformação nos processos de subjetivação. Transformar os modos de cuidar num serviço de saúde exige que se alterem também a organização dos processos de trabalho, a dinâmica de interação da equipe, os mecanismos de planejamento, de decisão, de avaliação e de participação. Para isso, são necessários arranjos e dispositivos que interfiram nas

formas de relacionamento nos serviços e nas outras esferas do sistema, garantindo práticas de corresponsabilização, de cogestão e de grupalização.

### **A dimensão criativa da rede de atenção psicossocial**

A dimensão criativa se constitui a partir de uma perspectiva estético-ético-política do processo em rede de produção de saúde. A perspectiva estética é a que identifica nas redes de saúde seus movimentos de produção de campos de virtualidades, isto é, novos sentidos e formas de vida. A perspectiva ética ressalta a abertura à experimentação, pois uma rede pode se caracterizar por uma maior ou menor disposição à experimentar novas formas de fazer, pensar e sentir nas relações que se estabelecem entre os sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Não cabe julgar com valores morais os mundos que se cria, mas acompanhar cuidadosamente o quanto de vida consegue passagem e expressão nesses mundos que são produzidos nas redes de saúde. Aqui a ética não se orienta por valores morais, mas sim por um “*ethos*” de acolhimento aos movimentos de criação. Por fim, a dimensão criativa das redes de saúde diz respeito à mudança das instituições e grupos. Tal alteração das

relações entre os sujeitos e as instituições indica a perspectiva política do processo de produção de saúde.

### **O dispositivo da supervisão**

Um de nós experimentou a função de supervisora clínico-institucional de uma AP do RJ durante três anos e quatro meses ao mesmo tempo em que efetuou a pesquisa de campo nesse mesmo território. O desafio de superar a distância entre o pesquisador e o trabalhador de saúde, entre o sujeito e objeto do conhecimento, forçou-nos a afirmar o caráter de intervenção da pesquisa. A pesquisa-intervenção é uma das pistas do método da cartografia (Passos & Barros, 2009), e que nos orientou a pensar a produção de conhecimento acerca do dispositivo de supervisão como um trabalho não só de descrever, mas também de intervir e acompanhar os efeitos-subjetividade que adivinham ao longo do percurso da investigação. A pesquisa-intervenção forjou uma desestabilização daquilo que nos territórios existenciais comparecia cristalizado, endurecido, fechado. Tomamos a supervisão do CAPS e a supervisão de território como dispositivos concretos de intervenção e acompanhamento dos efeitos transversais produzidos na rede de **atenção psicossocial** do território. Não bastava pô-

los a funcionar, mas, sobretudo, acompanhar cada vez mais seus efeitos.

Coube ao supervisor acompanhar os movimentos da rede de saúde, atento às desestabilizações das linhas totalitárias presentes. As linhas duras foram aos poucos liberando passagem às forças que habitavam a rede de saúde. Tínhamos o desafio de criar abertura a uma comunicação transversal para liberar as linhas de conectividade intra e intergrupos nos serviços e nas outras esferas do sistema em múltiplas direções e múltiplos sentidos. A aposta na participação bem como na inclusão dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde e a ênfase na conectividade da rede foram diretrizes metodológicas que nos guiaram nessa pesquisa-intervenção.

Inicialmente a experiência de supervisão do CAPS colocou-nos em contato com uma sensação de dispersão coletiva que incomodava. As situações que atravessavam a discussão coletiva dos casos de usuários do CAPS compareciam num regime de urgência que nos impedia de escutá-las, pausá-las. Era preciso evitar o apelo a soluções imediatas e milagrosas a fim de formular problemas, criando pactuações sempre coletivas e provisórias. O CAPS atendia a um grande contingente de usuários da policlínica. Esse atendimento ocupava os trabalhadores com

demandas de diversas naturezas, comprometendo a criação e a organização dos processos de cuidado. Percebíamos que a equipe do CAPS ficava sobrecarregada, pulverizando o cuidado desenvolvido, levando-os a produzir pouco ou quase nenhum impacto no território.

Era curioso o modo como os trabalhadores do CAPS lidavam com a experiência de crise dos usuários naquele serviço. Acreditava-se se que a crise tinha como espaço de cuidado privilegiado o hospital psiquiátrico. A comunicação transversal interna e externa dava sinais de esfriamento e estagnação frente às situações de crise.

A discussão e construção coletiva sobre os casos fez aparecer o funcionamento da rede de **atenção psicossocial** como “um caso” a ser também posto em análise. Tínhamos o duplo desafio de, por um lado, discutir os casos trazidos pelos trabalhadores da rede de **atenção psicossocial** e, por outro, por em análise o funcionamento da rede de **atenção psicossocial** como um caso também a ser cuidado por mais difícil que essa aposta pudesse nos parecer.

Investimos na produção de uma comunicação transversal e intensiva traçada a partir de alianças entre a atenção e a gestão nos diversos níveis da rede, criando abertura para a emergência de

outros sentidos, ou seja, outras dimensões da rede para além da dimensão funcional.

A experiência de supervisão do território também teve um início difícil, levando-nos a experimentar afetos paradoxais. As expressões sisudas estampadas nas feições dos trabalhadores e gestores anunciavam quase sempre a iminência de um duro combate. Em muitos momentos entramos em contato com acusações, ataques, julgamentos, hostilidades, culpabilizações, desrespeito, disputa pelo poder, antagonismo. A dificuldade de obtermos informação da prática em saúde mental da policlínica foi potente analisador que nos levou a uma aproximação dos processos de cuidado e de gestão daquele serviço.

Não existia na policlínica abertura para discussão e construção coletiva dos casos, nem havia um momento na equipe de saúde mental em que pudesse pensar o funcionamento dos processos de trabalho. Isso gerava uma série de mal entendidos envolvendo os usuários, trabalhadores, a gestão do serviço e os demais equipamentos do território. Os usuários com quadro de maior gravidade, na maioria das vezes, não chegavam a ser acolhidos. Já aqueles que eram acolhidos pelo serviço experimentavam como única possibilidade de tratamento a manutenção da mesma receita médica há vários anos.

Havia pouca valorização do trabalho com grupos, faltando espaço físico para o trabalho clínico-grupal.

Após um estudo de dois meses sobre o perfil da clientela atendida e os modos de cuidado ofertados pela policlínica aos usuários acolhidos pela área de saúde mental, constatou-se que 65,72% dos atendimentos eram feitos a mulheres com idade entre 20 e 49 anos que possuíam diagnósticos de ansiedade generalizada. Tais usuárias faziam uso de benzodiazepínicos e ansiolíticos como única possibilidade de tratamento. Verificou-se que 23,28% dos atendimentos que eram realizados a quadros crônicos de psicose tinham como única oferta de tratamento a manutenção da mesma receita há vários anos. Detectou-se também 25,72% dos atendimentos eram realizados a usuários dependentes de substâncias psicoativas mais precisamente cocaína e crack. Constatou-se que 29% dos usuários que davam entrada na internação no Instituto psiquiátrico da AP pertenciam ao território do CAPS e da policlínica. Estes dados funcionaram como indicadores clínicos e importantes analisadores do cuidado no território.

Compreendíamos a partir desse estudo que não bastava apenas contratar mais psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, terapeutas ocupacionais dentre outros

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

O planejamento coletivo dos processos de trabalho, sua análise permanente e a discussão e construção coletiva dos casos desafiou-nos a experimentar novos modos de cuidar construídos e geridos coletivamente. Surgiu o atendimento de acupuntura realizado pela enfermeira acupunturista. A psicologia e a psiquiatria constituíram

juntos grupos cujo objetivo era a desmedicalização de usuários que faziam uso de benzodiazepínicos e outros ansiolíticos por longa data. A fisioterapia construiu grupos com usuários crônicos que tinham dificuldades de locomoção.

### **Conclusão**

Iniciamos esta pesquisa interessados em problematizar efeitos transversais da supervisão clínico-institucional do CAPS e do seu território. A supervisão de território foi uma aposta ética que operou na zona limiar entre saúde mental e saúde coletiva, entre a clínica e a política, entre a atenção e a gestão, entre a supervisão e a pesquisa, entre macro e a micropolítica, entre produção de saúde e a produção de subjetividade articulando uma rede transversal de conversações.

A supervisão como dispositivo transversalizante do cuidado e da gestão do cuidado exigiu uma aposta numa dupla direção: 1) ativando o sistema de regulação, ou seja, a rede de serviços em sua dinâmica acêntrica, funcional, afetiva, intensiva, pública e criativa; 2) ativando a rede de usuários, trabalhadores e gestores que constroem coletivamente o cuidado e a gestão do cuidado no território. São estes processos de interação entre usuários, trabalhadores, gestores e serviços e destes

com outros movimentos e políticas intersetoriais que fazem com que as redes de atenção psicossocial experimentem movimentos de produção de saúde e produção de subjetividade num regime de co-emergência em dado território.

A supervisão foi um dispositivo articulador que fez operar uma rede transversal amplificadora de conectividade. Do cuidado ativado na rede de atenção psicossocial, acompanhamos sua transversalização pela rede de saúde coletiva e pela rede intersetorial.

## Referências

- Barros, R. B. (1997). Dispositivos em ação: o grupo. In Silva, André do Eirado et al (Org.). *Saúde e loucura - subjetividade: questões contemporâneas*. São Paulo: Hucitec.
- \_\_\_\_\_. (2007) *Grupo: a afirmação de um simulacro*. Porto Alegre: Ed. Sulina.
- Benevides, R. & Passos, E. (2005) Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface – comunicação, saúde e educação*, v. 9, 389-394.
- Brasil. (2008). *Humanizausus: documento base para gestores e trabalhadores do sus*. (4. Ed.). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Campos, G. W. S. (2000). *Um método para análise e co-gestão de coletivos – a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec.
- Deleuze, G. (1996) O que é um dispositivo? In *O mistério de ariana*. Lisboa: Veja, Coleção Passagens.
- Deleuze, G; & Guattari, F. (1995). *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*, (v.1). Rio de Janeiro: Ed. 34.
- Foucault, M. (1979). *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 1975.
- Foucault, M. Sobre a história da sexualidade. In R. Machado (Org.). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Galleti, M. C. (2007). *Itinerários de um serviço de saúde mental na cidade de São Paulo: trajetória de uma saúde poética na cidade de São Paulo*. Tese (doutorado). Programa de Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Guattari, F. (1998). *Caosmose: um novo paradigma estético*. Rio de Janeiro: Ed. 34.
- Guattari, F. (2004). *Psicanálise e transversalidade: ensaios de análise*

- institucional*. Aparecida: Idéias & Letras.
- Kastrup, V. & Benevides, R. (2009). Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia. In E. Passos, V. Kastrup, & L. Escóssia (Orgs.). *Pista do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. (pp. 76-91). Porto Alegre: Sulina.
- Oliveira G. N. de (2011). *Devir apoiador: uma cartografia da função apoio*. Tese (doutorado). Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.
- Oliveira, J. A. M. (2006). *O processo de desinstitucionalização da loucura em serviços substitutivos de saúde mental no estado de Sergipe: um problema clínico-político*. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal Fluminense (UFF).
- Oliveira, J. A. M. & Passos, E. (2007). A implicação de serviços de saúde mental no processo de desinstitucionalização da loucura em Sergipe: um problema clínico político. *Revista Vivência*, Número sobre subjetividade e práticas institucionais, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 250-275.
- Passos, E. & Barros, R. (2004). Clínica, política e as modulações do capitalismo. *Revista Lugar Comum*, n.19-20, 150-171.
- Passos, E & Barros, R. (2009). A cartografia como método de pesquisa-intervenção In E. Passos, V. Kastrup, L. da Escóssia (Orgs.). *Pista do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. (pp. 17-31). Porto Alegre: Sulina.
- Teixeira R. R. (2003). Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In R. Pinheiro & R. A. Mattos (Org.). *Construção da integralidade – cotidiano, saberes e práticas em saúde*. (pp. 49-61). Rio de Janeiro: Ims-Uerj/Abrasco.
- Teixeira, R. R. (2005). As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para emergência de uma outra concepção de público. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, supl. 1.
- 
- Joana Angélica Macedo Oliveira** – Doutora em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF).  
E-mail: [joanamacedo2002@yahoo.com.br](mailto:joanamacedo2002@yahoo.com.br)
- Eduardo Passos** - Doutor em Psicologia, professor associado IV do Departamento

de Psicologia da Universidade Federal  
Fluminense (UFF).

E-mail: [e.passos@superig.com.br](mailto:e.passos@superig.com.br)