

CARTOGRAFANDO ENCONTROS EM UMA REDE DE TRABALHO AFETIVO: A JUDICIALIZAÇÃO E A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL¹

Gimene Cardozo Braga*
Valéria Cristina Christello Coimbra**
Luciane Prado Kantorski***

RESUMO

Esta é uma pesquisa qualitativa cartográfica e teve por objetivo conhecer os encontros produzidos por uma rede de trabalho afetivo de gestores na atenção psicossocial. Os dados foram coletados em maio de 2010 por meio de observação, registros em diário de campo e entrevistas. A análise deu-se por meio da criação da cena de judicialização e atenção psicossocial – a (co)produção de encontros. Os encontros constituíram-se em espaços de reflexão, em movimentos de desterritorialização Saúde versus Justiça e reterritorialização Saúde e Justiça. Essas novas relações partem da construção conjunta de ambas as esferas, a de saberes horizontalizados e a de uma rede de trabalho afetivo. São subjetividades coletivas no âmbito do modo de atenção psicossocial, das forças micropolíticas, que abarcam o movimento de novas formas de ser e se relacionar com o mundo, produzindo movimentos de cuidados e gestão em saúde, capazes de engendrar outras redes, presentes na diluição de poderes e produção da diferença.

Palavras-chave: Cartografia. Saúde Mental. Gestão de Serviços de Saúde. Serviços Comunitários de Saúde.

INTRODUÇÃO

A reorientação de práticas e saberes sobre a loucura e a produção de saúde mental no paradigma da desinstitucionalização é um princípio do Modo de Atenção Psicossocial (MAP). Assim, a loucura passa a ser entendida como constitutiva do sujeito, de maneira a se buscar garantir seus direitos e a convivência no espaço do território^(1,2).

As práticas do MAP ampliam os compromissos com usuários e familiares considerando os fatores políticos, biopsicossocioculturais e ações pautadas na interprofissionalidade, em superação à especialidade. Com isso, modifica-se o cenário da atenção em saúde mental, superando antigas práticas de exclusão e transformando os espaços econômicos, políticos e jurídico. As transformações éticas do MAP propõem mudanças estruturais dos micropoderes, estabelecendo relações horizontais entre trabalhadores, usuários e gestores e criando espaços de reflexão e interlocução, autogestão, livre trânsito do usuário e da população,

territorialização e integralidade, implicação subjetiva e sociocultural do usuário^(1,2).

Os processos de gestão na saúde e no MAP, por serem processos complexos, existem no âmbito do direito à saúde e da gestão do acesso a essas tecnologias, o que vem se refletindo no aumento da interferência do Poder Judiciário nas políticas de saúde. Esse fenômeno tem sido observado no Brasil, mais especificamente a partir da década de 1990⁽³⁾. Com isso, aumenta a relevância de pesquisas sobre a judicialização na saúde, no que tange às políticas de gestão do sistema de saúde, dada a crescente busca pela justiça para resolver questões de acesso e direito dos usuários à saúde nas duas últimas décadas⁽⁴⁾.

Destaca-se que a produção do MAP prevê, necessariamente, operação em rede. Assim, a rede de saúde compõe um conjunto de serviços e equipamentos de saúde dispostos num determinado território geográfico, “nós”, de uma rede que se liga a diversos fluxos. Todavia, constituir de fato uma rede na saúde implica entender a saúde como um processo que, ao mesmo tempo, é produzido e produtor de múltiplas outras redes. Dessa forma, “operar em rede” pressupõe uma comunicação ampliada

¹Este artigo é integrante da dissertação Cartografando (en)(con)tros na atenção psicossocial: engendrando redes de trabalho afetivo na gestão apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem UFPel. Financiada pelo CNPq - Editais: MCT-CNPq 33/2008 e MCT/CNPq N° 014/2010

* Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde. Docente do Instituto Federal do Paraná, Campus Palmas. E-mail: gcardozobraga@yahoo.com.br

**Enfermeira. Doutora em Enfermagem Psiquiátrica. Docente da Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da UFPel. E-mail: valeriacoimbra@hotmail.com

*** Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da UFPel. E-mail: kantorski@uol.com.br

entre os serviços que a compõem, resultando em processos de gestão e atenção mais eficazes e eficientes, de maneira a garantir a integralidade e o acesso a esses serviços⁽⁵⁾.

Esses processos de interação, em rede, estão presentes no agir cotidiano, nas relações/encontros que as pessoas estabelecem entre si e com o cenário/território de suas ações. Reconhecer esses encontros é também reconhecer a potência das relações que são produzidas na vida. É reconhecer que microrredes se compõem no interior das instituições. Essas microrredes são geradas por pessoas que se relacionam, se comunicam e caracterizam as instituições, engendrando uma gestão micropolítica eficaz nos serviços⁽⁶⁾.

Por sua vez, esse processo de agir no cotidiano, presente nos encontros físicos e de afetos, constitui o **trabalho afetivo**. O trabalho afetivo revela as “práticas” que produzem subjetividade coletiva e acabam por produzir a sociabilidade e a própria sociedade, pois é entendido como capaz de produzir afetos, potencializar o engendramento de outras formas de comunidade, de biopoder e de redes sociais^(7:154).

Desse modo, a qualidade da rede de trabalho afetivo é vista como essencial a uma gestão efetiva e resolutiva, de forma que se espera que essa produção de trabalho afetivo seja capaz de gerar relações, encontros e manipulações de afetos que dêem conta de formar novas conexões e novas redes na saúde e no MAP aptas a responder as demandas sociais.

Diante do exposto, busca-se conhecer os encontros produzidos por uma rede de trabalho afetivo de gestores de um município, na perspectiva da judicialização na atenção psicossocial.

METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa qualitativa de análise de rede de trabalho afetivo de gestores na saúde mental⁽⁸⁾. Uma produção cartográfica da experiência produzida por uma rede de trabalho afetivo de gestores de um município, na perspectiva da judicialização na atenção psicossocial.

Cartografar é uma experiência singular, cuja pré-análise e interpretação não podem sobrepor-

se à alteridade e à novidade trazida pelos eventos do campo, de forma a não simplificar, generalizar e/ou reduzir. É necessário ser alheio à experiência a ser descrita, não se preocupando em explicar ou revelar tal fenômeno, mas sim em conhecê-lo⁽⁹⁾. Essa é a dimensão política da cartografia, ativa e clínica, de comprometimento do pesquisador, uma vez que conhecer a parte cria uma realidade de si e do mundo⁽¹⁰⁾.

Destarte, não se considera a interpretação, e sim a vivência experienciada em campo pelos eventos que o compuseram: observações (600h), afetos, diários de campo, entrevistas e encontros. Como forma de construção descritivo-analítica, tem-se a produção de uma cena. Nessa construção, misturam-se percepções do pesquisador com falas-ideias do coletivo estudado, uma vez que se constituem os modos de produção e modos de subjetivação, e não mais sujeitos, bem como modos de experimentação/construção, e não mais interpretação da realidade. A cena é cartografada em três linhas de análise: latitudinal, longitudinais e transversais^(10,11).

A primeira linha de análise utilizada é **latitudinal**, na qual estão presentes os poderes, as forças de assujeitamento, eixo que organiza a diferença vertical, as hierarquias. A segunda linha é horizontal e está presente na velocidade das relações, no movimento dos afetos envolvidos, nos gêneros dos encontros que organizam os iguais em potência. A terceira linha confere a transversalidade, ou seja, a produção de subjetividade coletiva, entendida como a produção das redes de trabalho afetivo^(10,11).

O trabalho de campo ocorreu de 02 a 20 de maio de 2010. Os dados foram produzidos por meio de entrevistas semiestruturadas⁽⁸⁾ realizadas com os coordenadores dos serviços que compõem a rede de saúde e a atenção psicossocial do município pesquisado, entendidos neste estudo como gestores, 12 (doze), juntamente com os registros em diário de campo dos quatro pesquisadores envolvidos.

Este estudo integra o estudo “Redes de trabalho afetivo na produção do cuidado em atenção psicossocial” (Edital MCT/CNPq N.º 014/2010), oriundo da pesquisa REDESUL⁽¹²⁾, cujos princípios éticos estiveram de acordo com a Resolução n.º 196/966 do Conselho Nacional

de Saúde do Ministério da Saúde, que estabelece normas sobre pesquisas envolvendo seres humanos, A observância dos princípios éticos foi obtida através da assinatura, pelos sujeitos envolvidos no estudo, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo teve aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), mediante o Parecer n.º 073/2009⁽¹²⁾.

A judicialização e atenção psicossocial – a (co)produção de encontros

Cena: Já na primeira entrevista com os gestores surgiram relatos a respeito de intervenções judiciais na saúde e de quanto essas ações aumentaram 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 vê a loucura como um desequilíbrio emocional que merece afastamento ou asilamento e apresenta a urgente necessidade de internação em hospitais psiquiátricos, muitas vezes solicitada por familiares imersos nesse mesmo secular processo histórico-cultural.

Formam-se demandas judiciais de avaliações, laudos, relatórios e “um certo” cumpre-se por parte do judiciário. Casos de internações compulsórias, ora de pessoas com dependência química, ora de pessoas com outros transtornos psíquicos, passam a compor o cenário municipal, contrastando a posição das equipes de saúde com a do judiciário. São relatos de rigidez nos quais, às vezes, as leis atravessam e atropelam condutas na saúde.

Por outro lado, esses gestores também trazem relatos de como “a judicialização na saúde” foi capaz de gerar inúmeros movimentos e (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 de internação compulsória produziram uma procura,

inicialmente, de causas externas, das limitações e impedimentos que “o outro”, o judiciário, produzira, mas que, pouco a pouco, foram engendrando diferentes questionamentos, novas propostas:

Uma vez por mês, [...] se fez reunião juntando o Ministério Público, Judiciário, e Defensoria e toda a rede de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), na verdade todo o 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... questionamo-nos será? A cena transforma-se aos poucos. Os relatos foram aprofundando cada uma das dimensões dessa mudança, dessa relação com a justiça, as quais 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 a proposta [...] Eles têm os nossos telefones, eles nos ligam. [...] o promotor fala conosco: Tô aqui na minha mesa com tal situação, o que eu faço? Isso aqui continua? Mando? Não mando? [...] Isso fez uma diferença enorme realmente na internação psiquiátrica (G2).

Ansiedades são geradas, produzidas. Vibram e alteram o processo. Movimentam os encontros, fala-se “em dialogar 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, cumpre-se! Se não cumprir, tal coisa. Isso acalmou (G2).

Depois da pressa, a calma. Percebe-se que, diante de várias urgências e 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 renovar-se.

Em um primeiro momento, vê-se na cena a concepção de um problema representado na figura do judiciário. Não só o problema estava no outro, mas também no 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.

Essa primeira linha de análise, a vertical, linha dos afetos, os quais compõem os movimentos de atração e repulsa dos corpos, revela-nos o impacto inicial que ambas as esferas produzem uma sobre a outra, mais precisamente, o impacto que o judiciário e a judicialização na saúde produzem nesses gestores. É um movimento produzido no coletivo.

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

São entraves reais na atenção ao sujeito, em que o mandato judicial exerce poder sobre a forma de atenção às pessoas, mais do que a subjetividade e suas necessidades. É o caso da manutenção de uma internação prolongada quando é avaliada pela equipe como não mais necessária.

Esses entraves são 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 reforça 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 de indivíduos que se encontram em condição privilegiada de inclusão social; de pessoas que têm acesso cultural e a garantia de seus direitos e que exercem sua cidadania. A interpretação dos direitos sociais, por vezes, acaba por desconsiderar sua dimensão coletiva, produzindo um olhar fragmentado do problema, não o reconhecendo em toda a sua complexidade. Com isso, essa interferência, ao invés de proporcionar medidas que promovam a justiça social, acaba prolongando indefinidamente a imensa dívida social com a parcela mais vulnerável da população⁽¹³⁾.

Houve a identificação de um problema. Estamos no princípio do caos, da perda de controle dos afetos, do que é função da justiça e da saúde. Há uma fissura entre o direito à saúde e o cuidado produzido na saúde; contudo, observa-se na produção desse encontro o aumento da potência, presente na troca, que só é possível na relação que existe a partir da produção do diferente, uma vez que este encontro reflete o desejo desses gestores em saúde de implantar as mudanças necessárias para atender as demandas da população. Às vezes, a mudança está no outro, no judiciário. O desejo é considerado como um processo de produção de universos psicossociais, como movimento ou desdobramento que só funciona em agenciamento, ou seja, durante o encontro⁽¹¹⁾.

É nos agenciamentos coletivos que se encontram os “focos de unificação, nós de totalização, processos de subjetivação”. Estes são sempre relativos e irão se desfazer ao longo do percurso. Trata-se de pegar “as coisas pelo meio”, rachar, rachar as coisas e as palavras^(14:113).

Mas, que encontro é esse? São vários. Vários encontros que são produzidos e, durante a cena, se modificam. Seguindo a linha horizontal de análise, a cena evidencia um encontro de primeiro gênero, ou seja, aquele 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 sobre o outro ideias inadequadas e falsas impressões; tornamo-nos passivos, deixamo-nos afetar pelas impressões e, com o predomínio da paixão, ficamos imóveis diante do poder que o outro exerce sobre nós.

Não obstante, quando uma paixão maior nos move e movimentamos 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 por maiores aproximações. 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 escreveu Spinoza⁽¹⁵⁾, conhecer é internalizar a causa. Nesse momento passamos a constituir um encontro de segundo gênero.

Falemos 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.

Cria-se um espaço formal, para essas duas esferas que até então só se comunicavam por meio de ordens judiciais. Processos que eram protocolados e endereçados de uma instituição justiça a uma instituição saúde passam a (co)produzir encontros físicos e de afetos. Consideremos como afetos, ou *afectos*, a percepção que se tem daquilo que afeta e se deixa afetar⁽¹⁵⁾.

Assim, evidencia-se a mudança do movimento: busca-se 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.

O espaço formal, organizado entre gestores da saúde com atores da Justiça deixa de ser um universo imaginário e passa a ser um universo concreto construído por meio de afetos presentes no encontro dos corpos. As falas modificam-se. Fala-se em estreitar laços, ligar-se, despir-se dos poderes e discutir casos e subjetividades, abrir espaços para a alteridade.

Cria-se uma zona de comunidade⁽¹⁶⁾, afetos capazes de proporcionar vínculos (co)produzidos em uma convivência dos corpos. Essa zona é

considerada aqui como uma zona potencial para a produção de um encontro com a alteridade. 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 estabeleceram 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. Tal interferência proporcionou a reflexão e uma percepção diferenciada pelos gestores da saúde envolvidos. Esse encontro, das duas esferas, o executivo e o judiciário, provocaram um estranhamento, um novo encontro: não mais **saúde versus justiça**, mas **saúde e justiça**, que acaba por produzir um terceiro plano, um novo agenciamento, um novo território.

Não obstante, 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, porém esse avanço não consegue ainda produzir um encontro de terceiro gênero, ou da produção de uma zona de singularidade⁽¹⁶⁾.

Esse novo território é composto de estratégias e ações mais condizentes com a realidade enfrentada pelo local, e 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: chamam-se por apelidos, conferindo aproximação, uma vez que não são os serviços que fazem conexões e constituem redes, e sim as pessoas que se conectam e se vinculam⁽¹⁷⁾.

Esse encontro formalizado 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. Esse novo arranjo em rede pressupõe as organizações da sociedade e é capaz de acolher a heterogeneidade, pois se entende que a rede se forma a partir das trocas existentes como

"teias de aranha, multicêntricas", não mais formas piramidais, pilares desconexos, descaracterizando tais organizações^(5,17). Assim, tanto a rede quanto a organização coletiva nesse sentido pressupõem a existência do caos, de tal forma que se confundem as funções, não caracterizando mais um saber saúde ou um saber justiça vertical, mas a união de ambos. Esta união prevê a coprodução de um saber horizontal, da coprodução de novos fluxos, da coletividade.

Isso pode ser entendido no âmbito da interdisciplinaridade ou intersetorialidade, considerando-se que a decisão judicial, quando referida a áreas como a saúde, não pode ficar condicionada a elementos não jurídicos, mas é preciso que o julgador conheça os impactos de sua decisão para que atue em bases mais sólidas e exerça a jurisdição ciente de todos os reflexos de sua atuação. Para tal, o julgador - no caso, os representantes da justiça -, precisam conhecer o custo dos direitos, as dificuldades de gestão do SUS, os benefícios do que está sendo requerido, entendendo que não se trata da necessidade de domínios totais de conhecimento, mas de espaços que proporcionem trocas capazes de diálogo que produzam ações judiciais mais condizentes com as realidades das pessoas, dos serviços de saúde e de sua própria produção coletiva.

Diante da concepção do MAP, trabalha-se no sentido de fortalecer a intersetorialidade 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.

Frente a isso, o conceito de redes sugere refletir sobre as necessidades dos diferentes grupos que compõem a sociedade e pensar propostas que deem conta das demandas das pessoas com transtorno psíquico e seus familiares, o que nas lógicas das redes é pensar conjuntamente, considerando as organizações sociais que estes compõem.

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 MAP. Esse

alicerce é possível à medida que é produzido no coletivo, constantemente tensionado, em um movimento de desterritorialização (**Saúde versus Justiça**) e reterritorialização (**Saúde e Justiça**).

Destarte, a conformação desta cena atende a dois movimentos simultâneos: os longitudinais, por meio dos encontros e fluxos/redes que se estabelecem entre gestores e com outros, "o judiciário", como uma linha que tenta produzir além do conhecido e tenta ganhar intensidade na produção com o diferente; e os movimentos latitudinais, que apresentam as intensidades, os poderes que estabelecem relações de saber verticalizado, é uma vibração que avança no sentido da diferença e, ao mesmo tempo, retrocede como movimentos protetores do poder instituído.

Esses movimentos se produzem em desterritorialização e reterritorialização, ou seja, por meio de 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 é entendida como uma produção de trabalho imaterial, o qual se alterou em encontro, em um trabalho afetivo em rede, gerado 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, os quais produzem um real social que vai além da soma desses conhecimentos diferenciados: é a geração de um novo conhecimento.

O trabalho afetivo produzido nesse espaço coletivo contribui para uma nova produção de **saúde-justiça-cuidado**. Produz-se uma cultura interdisciplinar, alterando-se 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⁽⁴⁾.

Trata-se de uma produção de trabalho afetivo em processo constante, também em potência, pois ainda não consegue estabelecer relações que produzam rupturas com a produção subjetiva asilar. Há movimentos que avançam no sentido de abarcar a diferença. Estes movimentos são fluxos que correm para um lugar que está em

construção, para um espaço de discussão e conversação. Ao mesmo tempo, há movimentos que tendem a retornar e fixar as ações num espaço de divisão dos saberes, de protecionismo de poderes, reproduzindo o modo asilar.

Inicialmente, o desconhecimento do outro, de ambas as esferas (saúde e judiciário), e a falta de diálogo produzem relações do tipo hierárquicas que se materializam num trabalho afetivo marcado pelo saber-poder. Essa relação se traduz em uma equipe de saúde que tem um saber que lhe outorga o direito de definir sobre a necessidade de internação ou não do sujeito. Há uma produção coletiva do saber biomédico e suas práticas que perpassam os profissionais de saúde e a sociedade como um todo; uma terapêutica constituída na 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 é do que proporcionar “um ajuste e auxiliar ao excluído a não rebelar-se”, ou seja, adaptarem-se à sua condição de excluído e violentado^(18:110).

Quando se altera a lógica dessas relações para uma produção de real coletivo, imbuído da construção conjunta de ambas as esferas, gerando 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 e intersetorial. Está-se a produzir subjetividades coletivas na lógica do MAP, que não atende a organogramas piramidais, ou em fluxos de um único sentido, mas que abarcam o movimento, 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 ideias, afastando a miragem ilusória das causas finais externas”^(19:66).

Por outro lado, aponta-se, ainda, um processo de trabalho afetivo que necessita de espaços mais amplos de discussão, que reflitam de fato

numa produção de subjetividade coletiva que leve em consideração a pessoa em sofrimento psíquico. Nos encontros promovidos pelos gestores da saúde e os promotores e juízes da justiça, particularmente nos momentos em que se decide ou não sobre a internação, percebe-se que, mesmo quando são produzidos espaços de discussão, ainda são pouco considerados os desejos das pessoas, de modo que ainda há pouco espaço para o sujeito desejante.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A produção coletiva dessa rede de trabalho afetivo de gestores apontou uma dificuldade já conhecida por diversas redes de saúde no Brasil: a judicialização na saúde. O problema identificado no judiciário desencadeou encontros de primeiro e segundo gênero, capazes de estabelecer zonas de comunidade que engendram uma produção de cuidado realmente diferente e resolutivo no âmbito do MAP.

Constituíram-se espaços de reflexão que aumentam a potência em movimentos de desterritorialização de 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 intersetorial. São subjetividades coletivas no âmbito do MAP que abarcam o movimento de novas formas de ser e se relacionar com o mundo.

Essa rede de trabalho afetivo de gestores é capaz de acolher a loucura, assumindo a complexidade que é viver em um mundo que produz diferenças constantemente, em encontros ricos em potência, pois se produzem na subjetividade coletiva, na força das relações micropolíticas. Os encontros são produzidos nos espaços de cuidado e gestão em saúde e são capazes de engendrar outras redes, em que se façam presentes a diluição de poderes, a criatividade e o acolhimento à diferença.

O encontro produzido nesse município nos apresenta formas possíveis de ações diferenciadas até então descritas na atenção psicossocial, o que configura uma rede de trabalho afetivo que é capaz de produzir outras redes, articulações, espaços formais e informais, mais flexíveis e condizentes com as realidades e modos de viver das pessoas.

MAPPING MEETINGS IN A NETWORK OF AFFECTIVE LABOR: THE JUDICIALIZATION AND PSYCHOSOCIAL CARE

ABSTRACT

This is a qualitative and cartographic research that aimed to get acquainted with the meetings produced by a network of affective labor of managers in psychosocial care. Data was collected in May 2010 through observation, records in diaries and interviews. The analysis was performed by means of creation of the scene of judicialization and psychosocial care (co) production of meetings. The meetings were set up spaces for reflection, movements of non-territorialization: health versus Justice and re-territorialization: Health and Justice. These new relationships part of the joint construction of both spheres, of horizontal knowledge in a network of affective labor. These are collective subjectivities within the psychosocial care, of micro political forces, covering the movement of new ways of being and relating to the world, producing movements of care and health management, able to generate other networks present in the dilution of powers and produce the difference.

Keywords: Mapping. Mental Health. Management of Health Services. Community Health Services.

CARTOGRAFIANDO ENCUENTROS EN UNA RED DE TRABAJO AFECTIVO: LA JUDICIALIZACIÓN Y LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL

RESUMEN

Ésta es una investigación cualitativa, cartográfica que tuvo como objetivo conocer los encuentros producidos por una red de trabajo afectivo de los administradores en la atención psicosocial. Los datos fueron recolectados en mayo de 2010 a través de observación, registros en diario de campo y entrevistas. El análisis fue realizado por medio de la creación de la escena judicialización y la atención psicosocial (co)producción de encuentros. Los encuentros crearon espacios de reflexión, en movimientos de desterritorialización salud versus Justicia y reterritorialización: Salud y Justicia. Estas nuevas relaciones parten de la construcción conjunta de ambas esferas, de saberes horizontalizados de una red de trabajo afectivo. Son subjetividades colectivas en el ámbito de la manera de atención psicosocial, de las fuerzas micropolíticas, que abarcan el movimiento de las nuevas formas de ser y de relacionarse con el mundo, produciendo movimientos de cuidados y gestión en salud, capaces de engendrar otras redes presentes en la dilución de poderes y producción de la diferencia.

Palabras clave: Cartografía. Salud Mental. Administración de Servicios de Salud. Servicios Comunitarios de Salud.

REFERÊNCIAS

1. Wetzel C, Kantorski LP, Olschowsky A, Schneider JF, Camatta MW. Dimensões do objeto de trabalho em um centro de atenção psicossocial. *Ciênc saúde colet*. 2011;16(4):2133-43.
2. 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: Fiocruz; 2000. p.141-69.
3. Borges DCL, Ugá MAD. Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de 1ª instância nas ações individuais contra o Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 2005. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(1):59-69.
4. Franco TB. Judicialização das Políticas de Saúde no Brasil: uma revisão sobre o caso do acesso a medicamentos. In: 21o Congresso a Associação Latina de Análise dos Sistemas de Saúde; 2-4 set 2010; Cidade do México (DF): Alassa. [on line] 2010 [acesso em: 26 fev 2011]. Disponível em: <http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/calass-2010-judicializacao-politicas-saude-no-Brasil.pdf>.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. Redes de produção de saúde. Brasília(DF); 2009.
6. Franco TB. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: Rosani P, Mattos RA. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC; 2006. p. 459-473.
7. Hardt M. O trabalho afetivo. *Cadernos de subjetividade*. O reencantamento do concreto. 2003;1(1):143-58.
8. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª. ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
9. Barros LP, Kastrup V. Cartografar é acompanhar processos. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L. *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina; 2009. p. 52-75.
10. Passos E, Barros RB. 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. p.17-31.
11. Rolnik S. *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. Porto Alegre: Ed. da UFRGS; 2011.
12. Redesul. *Redes que reabilitam: avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicosocial*. Relatório final. Coordenação geral de Luciane Prado Kantorski. Pelotas; 2011.
13. Chieffi AL, Barata RB. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(8):1839-49.

14. Deleuze G. Conversações. Rio de Janeiro: Editora 34; 2000.
15. Spinoza B. Ética demonstrada à maneira dos geômetras. São Paulo: Martin Claret; 2005.
16. Teixeira, RR. As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público. In: 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 University Of California; 2004; San Diego (CA). San Diego: Center for Iberian and Latin American Studies (CILAS)/ University of California. [on line]. 2004 [acesso em: 20 fev 2011]. Disponível em: <http://www.corposem.org/rizoma/redeafetiva.htm>.
17. Rovere M. Redes en salud: un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad Rosario: Secretaría de Salud Pública: AMR: Instituto Lazarte. [on line]. 1999 [acesso em: 26 fev 2011]. Disponível em: <http://www.ilazarte.com.ar/mt-static/blog/archives/Mario%20Rovere%20-%20libro%20%20Redes%20en%20Salud.pdf>.
18. Basaglia F. A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Graal; 2001
19. Chauí M. Espinosa: uma filosofia de liberdade. 2ª. ed. São Paulo: Moderna; 2005.

Endereço para correspondência: Valeria C. C. Coimbra. Rua Prof. Araújo, nº 2213, ap. 201. CEP: 96020-360. Pelotas, Rio Grande do Sul.

Data de recebimento: 22 de Março de 2012

Data de aprovação: 12 de Novembro de 2012