

## PLANEJAMENTO E GESTÃO COLETIVA DO TRABALHO NO CAPS: UMA EXPERIÊNCIA DE SUPERVISÃO

Analice de Lima Palombini, doutora em Saúde Coletiva/UERJ, docente UFRGS  
[analicepalombini@uol.com.br](mailto:analicepalombini@uol.com.br)

### RESUMO

Os anos 1990 no Brasil assinalam o momento em que o movimento social pela reforma psiquiátrica firmou-se como política de saúde mental do Ministério da Saúde, fomentando a implantação de serviços substitutivos ao manicômio em todo o território nacional, através das ações do Sistema Único de Saúde. A institucionalidade então adquirida não elimina os enfrentamentos e impasses que atravessam a sua história. Destacamos quatro focos de problemas intrínsecos ao processo da reforma psiquiátrica brasileira:

– uma vez que as práticas de atenção psicossocial freqüentemente requerem, entre outras ações de cuidado, a mediação direta de relações com a rede social, correm o risco de recair numa nova forma de higienismo, que busca o “equilíbrio psicossocial” da comunidade (Tenório, 2001), se perderem de vista a concepção de *território* pela qual se pauta esse trabalho, entendido como lugar de vida, de caráter processual, conforme a dinâmica de uma negociação permanente entre seus múltiplos atores sociais, na qual o serviço de saúde mental inclui-se como *uma* das linhas de forças presentes (Nicácio, 2003);

– a institucionalidade, que possibilitou o avanço na disseminação de novos modos de cuidar, implica, ao mesmo tempo, o risco do seu engessamento e uma nova cronificação (Barros, 2003), onde os serviços substitutivos fecham-se sobre si mesmos – risco que deve ser enfrentado por meio de uma articulação firme com a heterogeneidade dos atores presentes no território e do diálogo permanente com os movimentos sociais;

– a luta pelo direito dos loucos à cidadania ameaça erigir-se em ideal de desempenho social ao invés de pressuposto ético e político se não nos desvencilharmos da concepção de cidadania de origem iluminista, relativa ao padrão de subjetividade tornado hegemônico da modernidade, para pensá-la segundo princípios que não se reduzam ao da razão esclarecida (Birman, 1992; Bezerra, 1992);

– a tarefa proposta aos serviços substitutivos, de mediação social para o estabelecimento de laços produtivos entre seus usuários e as comunidades locais,

esbarra num contexto de precarização do trabalho e ausência de mecanismos de proteção social que gera empobrecimento, vulnerabilidade, ruptura de laços, violência (Carvalho, 2001), além de colocar em risco a própria noção de saúde como direito do cidadão e dever do estado – é a afirmação da cidade como pólis ou como mercado que se coloca em questão, aqui, reiterando a política como ação imanente às práticas de atenção psicossocial.

Os processos de trabalho envolvendo as equipes dos serviços substitutivos vêm-se afetados pela complexidade do contexto em que se encontram inseridos, sendo-lhes exigido o enfrentamento cotidiano dos impasses acima assinalados. A atenção psicossocial no território requer um trabalho coletivo em que se impõe a desmontagem da estrutura hierárquica em que se assentam as formas tradicionais de organização e gestão do trabalho em saúde e um alargamento do seu campo de ação (Vasconcelos, 2000). Os espaços de formação técnica e universitária dos profissionais de saúde tardam em alcançar tais transformações. Assim, se, por um lado, trabalhadores oriundos dos equipamentos tradicionais, de organização piramidal e médico-centrada, encontram-se diante do desafio de subverter essa ordem autorizando-se a uma reinvenção de suas práticas, por outro lado, os novos trabalhadores, ao iniciarem sua prática profissional nos serviços substitutivos, necessitam desprender-se dos paradigmas e preceitos técnico-científicos que sustentaram sua formação para relançarem os seus saberes no espaço vivo, plural e mutante, do território.

Nesse sentido, a supervisão clínico-institucional mostra-se um instrumento potente para capacitação das equipes para o trabalho nos serviços substitutivos, na perspectiva da educação continuada ou da formação em serviço. Visando não apenas a construção coletiva dos casos mas também a análise dos processos de trabalho e da organização do cotidiano e o planejamento de metas e prioridades da instituição (Onocko & Leal, 2004), a supervisão acolhe as dificuldades e impasses da equipe, oferece-se como espaço de compartilhamento de interrogações e descobertas e permite à equipe a formulação coletiva das estratégias de cuidado (cuidado dos usuários e cuidado de si).

O presente trabalho traz o relato de uma experiência de supervisão clínico-institucional em um CAPS onde, através do processo de construção coletiva de projeto, a equipe, fazendo-se autora de seu trabalho, pôde desvencilhar-se de alguns impasses e avançar na direção da consolidação do trabalho em rede, através de ações

integradas entre os equipamentos de saúde do território e algumas estratégias intersetoriais, com efeitos importantes sobre os projetos terapêuticos e a direção clínica imprimida ao trabalho e sobre a própria equipe.

Com efeito, ao iniciar-se a supervisão, a equipe parecia exercer o seu trabalho no limite quase físico, o que se via agravado pela aguda sensação de crise que acompanhara uma série de transições sofridas num curto período de tempo (saídas e entradas de profissionais, mudança da coordenação e início da minha função como supervisora).

A proposta de construção de projeto impôs-se num momento de impasse da equipe com respeito à partilha de responsabilidade em relação aos novos casos que vinham sendo acolhidos, pois a discussão tensa e indecida que então teve lugar na equipe vinha colocar em evidência o fato de que não havia ali um projeto único de CAPS pactuado entre todos, mas talvez tantos projetos quanto profissionais.

A supervisão passou a alternar, então, as reuniões centradas na construção do projeto e aquelas em que o foco recaía sobre as situações e casos clínicos. Além disso, também nas Assembléias Gerais as elaborações em curso foram apresentadas a usuários e familiares, que puderam discutir os temas propostos e incluir suas sugestões no projeto em construção. Ainda que se tratasse de uma atividade de “planejamento”, o seu fazer possibilitou à equipe a construção de si como coletivo de trabalho, fazendo-a deslocar-se do lugar da queixa para o de protagonista de sua história, produzindo alguns movimentos importantes na forma de gestão do trabalho.

Foi utilizada a metodologia, em parte adaptada, do planejamento estratégico, configurando três etapas do trabalho: 1) desenho e avaliação do quadro atual do CAPS; 2) construção da imagem-objetivo do CAPS; análise das forças e debilidades do serviço; levantamento de problemas e construção da “árvore-de-problemas”; 3) definição dos nós-críticos (problemas estratégicos sobre os quais atuar); elaboração de projetos de ação para cada um dos nós críticos.

A equipe destacou dois nós-críticos, resultando na elaboração de dois projetos de ação: *projeto de construção de rede* e *projeto criação de dispositivos* – o primeiro voltado para as ações no território, na relação com os demais serviços e outros equipamentos disponíveis na região; o segundo voltado para as ações desenvolvidas a partir do CAPS, como as oficinas, grupos e convivência.

A elaboração e implantação do projeto de construção de rede resultou em ações imediatas, como a intensificação da parceria com a equipe do serviço de assistência

social da região, as supervisões conjuntas entre a equipe do CAPS e a equipe de saúde mental de um dos ambulatórios de referência e a realização de reuniões periódicas junto às equipes de saúde mental de um conjunto de serviços de saúde daquele território. Essa aproximação das equipes e o contato direto entre os seus profissionais abriram espaço ao trabalho comum junto a alguns usuários, cujo cuidado deixava de ser tarefa exclusiva de uma das equipes para tornar-se responsabilidade coletiva dos serviços daquele território. Também tornou mais efetivo os encaminhamentos de um serviço a outro, permitindo, às equipes, o conhecimento prévio e a interlocução a respeito das situações que lhes eram encaminhadas.

O projeto criação de dispositivos enfrentou dificuldades maiores tanto na sua formulação como nos meios de viabilizar a sua realização, requerendo ainda elaboração. Mas foi importante como sinalizador da direção a imprimir às ações desenvolvidas pela equipe, produzindo alguns movimentos na dinâmica de trabalho instituída: maior atenção às potencialidades do espaço aberto da convivência; intensificação do trabalho de visitas domiciliares; engajamento simultâneo de diferentes profissionais no acompanhamento coletivo de casos clínicos de alta complexidade, envolvendo às vezes o cuidado de toda uma família ou mesmo de sua vizinhança.

Em paralelo com esse processo, mas estreitamente articulada a este e afetada por seus efeitos, deu-se seguimento à discussão/construção de casos, momento em que se colocava em evidência a presença antagônica de duas lógicas distintas a partir das quais a atenção psicossocial era concebida. Podemos reportar esse antagonismo ao que seria uma cisão indesejável entre clínica e gestão: enquanto a clínica era referida à lógica de um tempo *kairós*, ao momento singular da emergência de um acontecimento, a gestão restava prisioneira de *kronos*, do tempo previsível e cronometrado da busca de resultados. A atenção psicossocial, porém, requer uma trama delicada mas consistente em que clínica e gestão formam um mesmo tecido – entenda-se clínica, aqui, como o acompanhamento às singularidades em seus ritmos próprios, oferecendo-lhes formas e espaços de expressão e conexão com o mundo; e gestão, como o agenciamento de redes de cuidado, dentro e fora do serviço (Silva, 2006; Palombini, 2007). O trabalho de construção coletiva dos casos implicou aplacar os antagonismos para permitir escutar o que o caso mesmo fazia falar, ponto a partir do qual ambas as lógicas podiam pôr-se a conversar – desafio presente no cotidiano das supervisões.

## EIXO SAÚDE

### A reforma psiquiátrica na atualidade brasileira: problematizações

A reforma psiquiátrica brasileira apresenta-se como movimento em contínua transformação, através do qual se busca viabilizar a passagem de um modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico para um modelo de atenção comunitário. Recolhendo, especialmente do ideário das experiências da comunidade terapêutica inglesa, da psicoterapia institucional francesa e sobretudo da desinstitucionalização italiana, os elementos de base com os quais compõe, de forma inédita, a matéria original de que é feita, utiliza como ferramentas, na construção cotidiana das práticas que dão sustentação à sua proposta, não somente a idéia da loucura como *experiência-sofrimento* na relação com o corpo social, mas também a noção de subjetividade, como campo inconsciente e irreduzível que articula o singular ao coletivo. Sua realização envolve tanto ações do governo federal, como dos governos estadual e municipal, além da participação ativa dos movimentos sociais. Uma vez que pretende uma efetiva inserção dos usuários dos serviços de saúde mental nos espaços sociais próprios ao seu território, a reforma psiquiátrica requer não apenas uma rede de serviços de saúde, mas também ações intersetoriais, além da mediação de outros atores sociais, possibilitando a articulação da complexidade de referências, instituições, associações, equipamentos, dispositivos, pessoas, discursos, códigos, afetos, pensamentos que compõem a vida em comunidade.

É inegável que há, nessa proposta, como sugere Silva (2007), um componente relacionado à gestão em articulação com o campo da clínica – entendendo, no caso, *gestão* como a tarefa de agenciar redes de apoio e cuidado, dentro e fora do serviço e *clínica* como o ato de acompanhar as singularidades em seus ritmos próprios, oferecendo-lhes formas e espaços de expressão e conexão com o mundo. O alvo da gestão não é mais, então, como propunha o contexto do asilo, exclusivamente o louco. Ele volta-se para os que o cercam – familiares, vizinhos, instituições – como o fez a psiquiatria comunitária; contudo, não pressupõe hierarquias nem obediência, mas “modos ‘participativos’ que apontam menos para as obrigações e mais para a conquista de adesões, vinculando e engajando os atores sociais envolvidos”, produzindo “a delegação de encargos pelo cuidado à família e a implicação de

vizinhos e outros membros da comunidade nesse cuidado” (ibidem). Ora, na medida em que as práticas de atenção psicossocial requerem não apenas acolher e cuidar de uma existência em sofrimento, prestando-lhe proteção e continência nas situações de ruptura violenta dos laços sociais, mas também oferecendo atenção continuada e ainda, freqüentemente, mediação direta de relações com a rede social, não é pequeno o risco, do qual nos fala Tenório (2001), de recair numa prática que busca o “equilíbrio psicossocial”, fazendo uso do monitoramento de sintomas ou do silenciamento daquilo que, de uma subjetividade, manifesta-se como gritante diferença; o risco, nesse sentido, alcança a própria comunidade, sujeita a tornar-se igualmente alvo de uma “pedagogia da sociabilidade” como nova forma de higienismo com a qual se intenta o êxito nas mediações de que as equipes se fazem cargo.

O uso do conceito de *território* torna-se, então, crucial para a reflexão crítica das práticas psicossociais no contexto comunitário. Ainda que referido à área geográfica de responsabilidade por parte de um determinado serviço (na lógica administrativa, baseada em critérios de acessibilidade e fluxos da população), a noção de *território* não se reduz a uma área física com características estáticas nem equivale à idéia de comunidade como totalidade homogênea e sem conflitos; tanto concreto quanto simbólico e cultural, o território é, antes, lugar de vida, possuindo um caráter processual, de construção e reconstrução, próprio à dinâmica e tensões que acompanham o espaço de permanente negociação entre os múltiplos atores sociais que o compõem e no qual operam saberes e práticas políticas, sociais e culturais relacionadas ao contexto histórico vigente (Nicácio, 2003; Pitta, 2006; Amarante, 1997; Sousa Unglert, 1999). O serviço de saúde mental inclui-se como uma das linhas de forças presentes no território, atuando nos contextos reais de vida dos seus usuários, buscando reconhecer possibilidades de produção e potencialização das suas redes sociais, o que, se requer “entrar em relação, mediar conflitos, produzir novas formas de comunicação e de interação” (Nicácio, 2003, p.198), o faz afetando e deixando-se afetar a cada encontro, impedindo totalizações.

A territorialização das práticas em saúde mental, na acepção descrita acima, é fundamental também no enfrentamento do desafio que o processo mesmo de implantação da reforma psiquiátrica brasileira impõe à preservação de seus princípios, que têm, como horizonte, a transformação das relações entre sociedade e loucura pelo fim de todas as formas de enclausuramento. Aos CAPS, além da responsabilidade

direta pela assistência, foi delegado um papel estratégico na articulação e tessitura das redes de cuidado presentes no território. A institucionalidade de que passaram a ser investidos com esse propósito – através de leis, portarias, linhas de financiamento... –, ao mesmo tempo em que propulsiona a disseminação e fortalecimento de novos modos (não-manicomial) de cuidar, corre o risco de provocar o seu engessamento (e uma nova cronificação), num processo em que as práticas, tendendo à naturalização, perdem a potência de criação; os usuários, passivamente aderidos ao serviço, não vislumbram, para além dele, outros lugares de vida; e o que deveria ser uma rede de serviços apresenta-se como um conjunto frágil de pontos que refluem para o CAPS como seu centro absoluto. (Barros, 2003) É preciso o investimento contínuo numa firme articulação com a heterogeneidade de atores presentes no território e, em especial, o diálogo permanente com os movimentos sociais para que a institucionalidade necessária ao processo de implantação da reforma não venha travar os movimentos vivos de resistência à manicomialização nem faça obscurecer as conquistas e avanços que inegavelmente vem sendo obtidos.

Um terceiro aspecto paradoxal que perpassa a trajetória do movimento pela reforma psiquiátrica diz respeito à reivindicação pelo direito dos loucos à cidadania. Conforme a experiência italiana, que compreendeu a loucura como forma de alienação social e instituiu o projeto político de cidadania para os loucos como estratégia central para o seu reconhecimento e afirmação como sujeitos de razão e vontade, a referência à cidadania encontra-se presente desde os primeiros encontros do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, da Luta Antimanicomial, nas Conferências de Saúde Mental, e em textos técnico-políticos relacionados ao processo da reforma brasileira (Oliveira & Alessi, 2005). A substituição do termo “doença mental” por “sofrimento psíquico”, observam Oliveira e Alessi (ibidem), responde a esse esforço por viabilizar o exercício de uma cidadania através da construção de “uma mudança no modo de pensar a pessoa com transtornos mentais em sua existência-sofrimento e não apenas a partir de seu diagnóstico” (Brasil, 1992, p.6). Contudo, não são poucas as dificuldades relacionadas ao uso freqüente, no interior mesmo do movimento da reforma psiquiátrica, de uma noção naturalizada e idealizada de “cidadania”, cuja origem iluminista a torna indissociável do padrão de subjetividade tornado hegemônico na modernidade, fundado no princípio da razão esclarecida. (Leal, 1994; Birman, 1992; Bezerra Jr., 1992) Assim, de pressuposto ético e político, o valor da cidadania vê-se sob a ameaça de erigir-se em ideal de

desempenho social, imposto justamente àqueles a quem se pretendeu restituir a capacidade de agir de modo livre e participativo (Tenório, 2001; Bezerra Jr., 1992).

A problemática em torno ao exercício da cidadania introduz o quarto e último paradoxo que gostaríamos de deixar assinalado. Ocorre que, conforme a observação de Carvalho (2001), se cidadania e singularidade são valores assumidos e veiculados pela reforma brasileira, não necessariamente estão constituídos como valores em torno dos quais se ordenam os espaços sociais em que se processa a sua implantação, o que remete menos a contradições internas à proposta dos serviços de atenção psicossocial do que a tensões históricas no processo de constituição do tecido social brasileiro. Assim, as propostas de democratização do espaço de atendimento e de promoção de sujeitos cidadãos entrelaçam-se a um quadro complexo de configuração de valores hegemônicos junto à população, relacionados aos processos de modernização (globalização) do país e às formas contemporâneas de existência (ibidem). As dificuldades não se restringem ao campo da reforma psiquiátrica; elas incidem no cerne mesmo da proposta do Sistema Único de Saúde e do ideário das políticas sociais em que a reforma se enraíza. No Brasil, a política do SUS constrói-se e consolida-se entre os anos 70 e 80, impulsionada pelos movimentos que conduzem à redemocratização do país. No mesmo período, no plano internacional, tem início o desmonte do estado do bem-estar social, sobre o qual passa a prevalecer a ideologia neoliberal então emergente. (Fagnani, 2005). A defesa da saúde como direito do cidadão e dever do estado, assegurada pela constituição de 1988, é, desde a origem, continuamente ameaçada pela idéia de estado mínimo e pela ótica do lucro, que concebe a saúde como mercadoria, valor de troca. É nesse contexto que se trava a disputa pela manutenção dos leitos em hospitais psiquiátricos em detrimento da criação de serviços de fato substitutivos. A precarização do trabalho, por sua vez, agravada pela ausência de mecanismos de proteção social, conduz às situações de vulnerabilidade, marcadas pelo empobrecimento, a ruptura dos laços, as atividades ilegais, o individualismo e a violência – são esses os desafios maiores que se interpõem à tarefa, proposta aos CAPS, de mediação social para o estabelecimento de laços produtivos entre seus usuários e as comunidades locais. Esses desafios remetem à presença de polarização entre uma perspectiva que concebe a cidade como pólis – poder de produção de relações, conflitos e negociação – e a perspectiva hoje dominante, que a vê como mercado – onde o espaço público é privatizado, tornado uniforme, impondo, à diferença, a anulação, o silêncio e a violência. Nesse sentido, o



caminho que a reforma psiquiátrica brasileira vem percorrendo é, por princípio, “um caminho de resistência” (Barros, 2003, p.206), sendo crucial que possa nele persistir, reiterando-se a política como ação imanente às práticas de atenção psicossocial.

Supervisão clínico-institucional: formulação coletiva das estratégias de cuidado

Os processos de trabalho envolvendo as equipes dos serviços substitutivos vêm-se afetados pela complexidade do contexto em que se encontram inseridos, sendo-lhes exigido o enfrentamento cotidiano dos impasses acima assinalados. A atenção psicossocial no território requer um trabalho coletivo em que se impõe a desmontagem da estrutura hierárquica em que se assentam as formas tradicionais de organização e gestão do trabalho em saúde e um alargamento do seu campo de ação (Vasconcelos, 2000). Os espaços de formação técnica e universitária dos profissionais de saúde tardam em alcançar tais transformações. Assim, se, por um lado, trabalhadores oriundos dos equipamentos tradicionais, de organização piramidal e médico-centrada, encontram-se diante do desafio de subverter essa ordem autorizando-se a uma reinvenção de suas práticas, por outro lado, os novos trabalhadores, ao iniciarem sua prática profissional nos serviços substitutivos, necessitam desprender-se dos paradigmas e preceitos técnico-científicos que sustentaram sua formação para relançarem os seus saberes no espaço vivo, plural e mutante, do território.

Nesse sentido, a supervisão clínico-institucional mostra-se um instrumento potente para capacitação das equipes para o trabalho nos serviços substitutivos, na perspectiva da educação continuada ou da formação em serviço. Visando não apenas a construção coletiva dos casos mas também a análise dos processos de trabalho e da organização do cotidiano e o planejamento de metas e prioridades da instituição (Onocko & Leal, 2004), a supervisão acolhe as dificuldades e impasses da equipe, oferece-se como espaço de compartilhamento de interrogações e descobertas e permite à equipe a formulação coletiva das estratégias de cuidado (cuidado dos usuários e cuidado de si).

Trazemos à discussão o relato de uma experiência de supervisão clínico-institucional em um CAPS onde, através do processo de construção coletiva de projeto, a equipe, fazendo-se autora de seu trabalho, pôde desvencilhar-se de alguns impasses e avançar na direção da consolidação do trabalho em rede, através de ações

integradas entre os equipamentos de saúde do território e algumas estratégias intersetoriais, com efeitos importantes sobre os projetos terapêuticos e a direção clínica imprimida ao trabalho e sobre a própria equipe.

Com efeito, ao iniciar-se a supervisão, a equipe parecia exercer o seu trabalho no limite quase físico, o que se via agravado pela aguda sensação de crise que acompanhara uma série de transições sofridas num curto período de tempo (saídas e entradas de profissionais, mudança da coordenação e início da minha função como supervisora).

A proposta de construção de projeto impôs-se num momento de impasse da equipe com respeito à partilha de responsabilidade em relação aos novos casos que vinham sendo acolhidos, pois a discussão tensa e indecida que então teve lugar na equipe vinha colocar em evidência o fato de que não havia ali um projeto único de CAPS pactuado entre todos, mas talvez tantos projetos quanto profissionais.

A supervisão passou a alternar, então, as reuniões centradas na construção do projeto e aquelas em que o foco recaía sobre as situações e casos clínicos. Além disso, também nas Assembléias Gerais as elaborações em curso foram apresentadas a usuários e familiares, que puderam discutir os temas propostos e incluir suas sugestões no projeto em construção. Ainda que se tratasse de uma atividade de “planejamento”, o seu fazer possibilitou à equipe a construção de si como coletivo de trabalho, fazendo-a deslocar-se do lugar da queixa para o de protagonista de sua história, produzindo alguns movimentos importantes na forma de gestão do trabalho.

Foi utilizada a metodologia, em parte adaptada, do planejamento estratégico, configurando três etapas do trabalho: 1) desenho e avaliação do quadro atual do CAPS; 2) construção da imagem-objetivo do CAPS; análise das forças e debilidades do serviço; levantamento de problemas e construção da “árvore-de-problemas”; 3) definição dos nós-críticos (problemas estratégicos sobre os quais atuar); elaboração de projetos de ação para cada um dos nós críticos.

A equipe destacou dois nós-críticos, resultando na elaboração de dois projetos de ação: *projeto de construção de rede* e *projeto criação de dispositivos* – o primeiro voltado para as ações no território, na relação com os demais serviços e outros equipamentos disponíveis na região; o segundo voltado para as ações desenvolvidas a partir do CAPS, como as oficinas, grupos e convivência.

A elaboração e implantação do projeto de construção de rede resultou em ações imediatas, como a intensificação da parceria com a equipe do serviço de assistência

social da região, as supervisões conjuntas entre a equipe do CAPS e a equipe de saúde mental de um dos ambulatorios de referência e a realização de reuniões periódicas junto às equipes de saúde mental de um conjunto de serviços de saúde daquele território. Essa aproximação das equipes e o contato direto entre os seus profissionais abriram espaço ao trabalho comum junto a alguns usuários, cujo cuidado deixava de ser tarefa exclusiva de uma das equipes para tornar-se responsabilidade coletiva dos serviços daquele território. Também tornou mais efetivo os encaminhamentos de um serviço a outro, permitindo, às equipes, o conhecimento prévio e a interlocução a respeito das situações que lhes eram encaminhadas.

O projeto criação de dispositivos enfrentou dificuldades maiores tanto na sua formulação como nos meios de viabilizar a sua realização, requerendo ainda elaboração. Mas foi importante como sinalizador da direção a imprimir às ações desenvolvidas pela equipe, produzindo alguns movimentos na dinâmica de trabalho instituída: maior atenção às potencialidades do espaço aberto da convivência; intensificação do trabalho de visitas domiciliares; engajamento simultâneo de diferentes profissionais no acompanhamento coletivo de casos clínicos de alta complexidade, envolvendo às vezes o cuidado de toda uma família ou mesmo de sua vizinhança.

Em paralelo com esse processo, mas estreitamente articulada a este e afetada por seus efeitos, deu-se seguimento à discussão/construção de casos, momento em que se colocava em evidência a presença antagônica de duas lógicas distintas a partir das quais a atenção psicossocial era concebida. Podemos reportar esse antagonismo ao que seria uma cisão indesejável entre clínica e gestão: enquanto a clínica era referida à lógica de um tempo *kairós*, ao momento singular da emergência de um acontecimento, a gestão restava prisioneira de *kronos*, do tempo previsível e cronometrado da busca de resultados. A atenção psicossocial, porém, requer uma trama delicada mas consistente em que clínica e gestão formam um mesmo tecido – entenda-se clínica, aqui, como o acompanhamento às singularidades em seus ritmos próprios, oferecendo-lhes formas e espaços de expressão e conexão com o mundo; e gestão, como o agenciamento de redes de cuidado, dentro e fora do serviço (Silva, 2007; Palombini, 2007). O trabalho de construção coletiva dos casos implicou aplacar os antagonismos para permitir escutar o que o caso mesmo fazia falar, ponto a partir do qual ambas as lógicas podiam pôr-se a conversar – desafio presente no cotidiano das supervisões.

## Referências bibliográficas

AMARANTE, P. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEURY, Sonia (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

BEZERRA JR., B. Cidadania e loucura: um paradoxo?. In: BEZERRA JR., Benilton; AMARANTE, Paulo (Org.). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992, p.113-126.

BARROS, R. B. Reforma psiquiátrica brasileira: resistências e capturas em tempos neoliberais. In: CONSELHO Federal de Psicologia (Org.). *Loucura, ética e política: escritos militantes*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, p.196-206.

BIRMAN, J. A cidadania tresloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In: BEZERRA JR., Benilton; AMARANTE, Paulo (Org.). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro, RJ: Relume-Dumará, 1992, p.71-90.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental. *Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 1992. Disponível em <[http://www.ccs.saude.gov.br/publicacoes/2\\_Conferencia.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/publicacoes/2_Conferencia.pdf)>. Acesso em 22/10/2006.

CARVALHO, E. N. *A reforma, as formas e outras formas: as construções sociais da pessoa e perturbação em um serviço de saúde mental*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001. Disponível em <<http://www.ims.uerj.br/psicorio/index.php?pag=101>>. Acesso em 22/10/2006.

FAGNANI, E. *Política social no Brasil (1964-2002): entre a cidadania e a caridade*. Tese (Doutorado em Ciência Econômica) - Universidade Estadual de Campinas.

Campinas, 2005.

LEAL, E. *A noção de cidadania como eixo da prática clínica: uma análise do programa de saúde mental de Santos*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1994.

NICÁCIO, M. F. S. *Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

OLIVEIRA, A. G. B.; ALESSI, N. P. Citizenship: instrument and finality of the working process in psychiatric reform. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000100026&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100026&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 22 /10/2006.

ONOCKO, R. & LEAL, E.. A supervisão clínico-institucional: concepções e experiências. Curso ministrado no Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, 2004. (mimeo).

PALOMBINI, A. L. *Vertigens de uma psicanálise a céu aberto: a cidade. Contribuições do acompanhamento terapêutico à clínica na reforma psiquiátrica*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

PITTA, A. M. F. *Redes, território, intersetorialidade e saúde mental*. ABRASCO, 2006. Disponível em <<http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/Apresentacoes/Dia%202022/Ana%20Pita%2009-30%20ABRASCOredes1,2006.ppt>>. Acesso em 21/10/2006.

SILVA, M. B. B. O técnico de referência no centro de atenção psicossocial: uma nova especialidade no campo da saúde mental?. *Revista Vivência*, n.32, Natal, Rio Grande do Norte, 2007.

SOUSA UNGLERT, C. V. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1999, p.221-235.

TENÓRIO, F.. *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

VASCONCELOS, E. M.; ROSA, L. C. S.; PEREIRA, I. C. G.; BISNETO, J. A. (Org.). *Saúde mental e serviço social. O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. São Paulo: Cortez, 2000.