

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

MARIA CECÍLIA GALLETTI

**ITINERÁRIOS DE UM SERVIÇO
DE SAÚDE MENTAL NA CIDADE DE SÃO PAULO:
TRAJETÓRIAS DE UMA SAÚDE POÉTICA**

DOUTORADO — PSICOLOGIA CLÍNICA

SÃO PAULO
2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

MARIA CECÍLIA GALLETTI

**ITINERÁRIOS DE UM SERVIÇO
DE SAÚDE MENTAL NA CIDADE DE SÃO PAULO:
TRAJETÓRIAS DE UMA SAÚDE POÉTICA**

DOUTORADO — PSICOLOGIA CLÍNICA

Tese apresentada à banca examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Doutor em Psicologia Clínica, sob a orientação do Professor Doutor Luiz Benedicto Lacerda Orlandi

SÃO PAULO
2007

Banca Examinadora

*“Esses problemas traçam um conjunto de caminhos.
Os textos aqui apresentados,
e os autores considerados são tais caminhos.
Uns são curtos, outros mais longos, mas eles se cruzam,
tornam a passar pelos mesmos lugares,
aproximam-se ou se separam,
cada qual oferece uma vista sobre outros.
Alguns são impasses fechados pela doença.
Toda obra é uma viagem, um trajeto,
mas que só percorre tal ou qual caminho exterior
em virtude dos caminhos e trajetórias interiores que a compõe,
que constituem sua paisagem ou seu concerto.”*

Gilles Deleuze. Crítica e Clínica

(1997: 9)

Para Pedro e Bárbara com amor

Para César com saudade

Agradecimentos

Este trabalho foi construído na vizinhança e na conexão com um coletivo que reúne:

O meu orientador Luiz Benedicto Lacerda Orlandi, que me acolheu com carinho e alegria no doutorado, por sua grande generosidade e precisão no acompanhamento de todo o trabalho;

A minha família querida: Lia e José Antônio, meus pais; Fernando, e, principalmente, a Mara, por me acompanhar e manter-se sempre ao meu lado;

A equipe do CECCO Parque Previdência: Adelaide Monteiro, Alcides Neves, Andréa Jurdi, Cibele Marques, Cristina Lourenço, Cristina Oliveira, Drauzio Camarnado, Giuliano Obici, Irene Martins, Ivette Del Pozzo, José Inácio, Laura Abe, Lúcia Chiba, Luiz Fernando dos Santos, Madalena Clemente, Selma Eufrazio, Sérgio Urquiza, Silvia Abreu, e Tatiana Vilela, com quem experimento, cotidianamente, um modo intensivo de gestão do serviço;

Todos os usuários que freqüentam os projetos do CECCO e me forçam, constantemente, a inventar uma clínica;

Os estagiários do CECCO pelo entusiasmo e vibração com os projetos;

Regina Benevides e Ricardo Teixeira pelas contribuições valiosas por ocasião do exame de qualificação que multiplicaram os caminhos desse trabalho;

O GrupoTrans, principalmente Eduardo Passos e Regina Benevides, intercessores potentes na construção de um pensamento clínico-político;

Os professores do Núcleo de Estudos da Subjetividade, Luiz Orlandi, Suely Rolnik e Peter Pal Pelbart pelos seminários inspiradores, e os colegas Anita Malufe, Cristina Lopérgolo, Cristiane Mesquita, Damian Krauss, Eduardo Aragon, Elizabeth Lima, Giuliano Obici, Rafael Adaime;

Cristina Vicentin, Izabel Ghirardi, Marília Muylaert e Maurício Lourenção pelas leituras carinhosas e precisas em momentos vários da tecitura do texto;

A equipe de colegas gestores da saúde do Butantã, principalmente Regina Castanheira, pela parceria inestimável e cumplicidade em encontrar graça nas coisas;

Os coordenadores de Saúde do Butantã: Edith Laurindsen, Marta Hori e, especialmente, Alexandre Nemes Filho, pela liberdade na busca de um caminho de gestão;

Os amigos queridos de toda hora: Izabel Ghirardi, Celeste Sampaio, Regina Castanheira, Drauzio Vicente, Alex Nemes, Irene Martins, Felícia Knobloch, pelos diálogos e ressonâncias tão vitais;

Júlio Lourenço por estar sempre por perto e pela grande afinidade que temos compartilhado;

Bernadete Vieira por todo apoio logístico e pelo carinho com que cuida da nossa casa;

Ariadne Escobar pela revisão atenciosa do texto e Amilton Carvalhal pela gentileza na realização do *abstract*;

A Capes pelo financiamento parcial desta pesquisa;

E, por fim, mas principalmente **Pedro e Babi**, que acompanharam de perto e na intimidade toda a trajetória desse trabalho, pelas suas presenças amorosas em minha vida.

RESUMO

GALLETTI, Maria Cecília. *Itinerários de um serviço de saúde mental na cidade de São Paulo: Trajetórias de uma saúde poética*. São Paulo, 2007, 151 p. Tese (doutorado) Programa de Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

O propósito desta tese de doutoramento é cartografar a trajetória de um serviço de saúde mental do município de São Paulo — o Centro de Convivência e Cooperativa Parque Previdência — mais especificamente, problematizar um modo de gestão que ali temos experimentado.

Essa posição de gestão, que rearranja o modo de subjetividade na clínica, foi tomada, nesta pesquisa, como um método que se desloca da perspectiva de análise das formas extensivas para um processo que se constituiu como um dispositivo clínico político capaz de transversalizar a dimensão pública das políticas de saúde na sua relação com o Estado. Método intensivista.

O texto teve a contribuição de autores vinculados, principalmente, à filosofia da diferença, e caminha com o método na desmontagem de um modelo tradicional de atenção em saúde, que identifica a gestão com o lugar de alguém (de um gerente), para fazer aparecer uma função de gestão à medida que não é mais uma prática individual, mas se realiza na experimentação conectiva da rede.

A esta experiência de gestão em rede, que tem desencadeado processos de trabalho inclusivos pois constitui comunidades e subjetividades coletivas, chamamos saúde poética que é uma saúde intensificada em novos modos de cuidar da vida.

Palavras-chaves: 1. CECCO 2. Gestão em saúde 3. Método 4. Comunidades 5. Rede 6. Coletivo

ABSTRACT

GALLETTI, Maria Cecília. *Itineraries of a mental health service in São Paulo city: Ways for a poetic health*. São Paulo, 2007. 151 p. Dissertation (doctorate) Program of Clinic Psychology. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (São Paulo Catholic University)

The propose of this doctorate dissertation is to map the ways to a mental health service in São Paulo County — Centro de Convivência e Cooperativa Parque Previdência —, and most specially to raise questions about the management issues that we are experiencing.

This management attitude that rearranges the clinical subjectivity system was adopted in this research as a method that moves away from the perspective of analysis of extensive approaches to a process that constituted itself as a political clinical device capable of transversalizing the public domain of health policies in its relation with the State. Intensivist method.

This text received the support of authors engaged mainly with the Philosophy of Difference, and goes along with the method in the deconstruction of a traditional model of health care, which identifies the management with the position of a person (as a manager) to give life to a management function that is no longer an individual practice, but rather reaches its fulfillment in the network connective experiment.

We call poetic health this experience of network management, which is improving health in new ways of life care, and is promoting the inclusive work processes, since it deals with collective communities and subjectivities.

Key words: 1. CECCO 2. Health management 3. Method 4. Communities 5. Network 6. Collective.

Lista de Abreviaturas e Siglas

CAPS	Centros de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde
CECCO	Centro de Convivência e Cooperativa
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
ILO	<i>International Labour Organization — The International Labour Organization specialized agency of the United Nations</i> [OIT]
OIT	Organização Internacional do Trabalho, Agência da Organização das Nações Unidas (ONU).[ILO]
OMS	Organização Mundial da Saúde [WHO] Agência da ONU
ONG	1) Organização não Governamental; 2) ONG — Organização não Governamental sem fins lucrativos
PMSP	Prefeitura Municipal da Cidade de São Paulo
PSF	Programa Saúde da Família
RBC	Reabilitação Baseada na Comunidade [<i>Community-based rehabilitation – CBR</i>]
SEPP	Secretaria Especial para Participação e Parcerias da PMSP
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
TO	Terapia Ocupacional
UBS	Unidades Básicas da Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura [<i>United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization</i>] é um organismo especializado do sistema das Nações Unidas.
UNESCO	<i>United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization</i> [Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura — UNESCO] é um organismo especializado do sistema das Nações Unidas.
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância [<i>The United Nations Children's Fund – UNICEF</i>].
USP	Universidade de São Paulo
WHO	<i>World Health Organization</i> [Organização Mundial da Saúde]

SUMÁRIO

ABERTURA:	4
PRIMEIRA CARTOGRAFIA: Produzindo um modo de gestão em saúde	10
TRAJETO 1: A exploração de um meio	10
TRAJETO 2: Do plano da gerência ao plano da gestão: construindo um método	12
TRAJETO 3: O SUS na construção do método de gestão	16
TRAJETO 4: Do método à poética intensivista de gestão	20
SEGUNDA CARTOGRAFIA: O Caso PAS e a autoposição do problema de pesquisa. Problematizando um conceito de gestão	26
TRAJETO 1: Eleições e expectativas	26
TRAJETO 2: Os trabalhadores de saúde	28
TRAJETO 3: A gestão como intervenção-combate no PAS	32
TRAJETO 4: A gestão no CECCO-PAS	34
TRAJETO 5: O CECCO e seu entorno	41
TRAJETO 6: A rede de saúde mental e o CAPS	43
TERCEIRA CARTOGRAFIA: O Caso do CECCO Parque Previdência como expressão de uma experiência intensiva	48
TRAJETO 1: Da gestão de um serviço à construção de estratégias:	48
TRAJETO 2: As reuniões de equipe	59

TRAJETO 3: Adelaide e a função do coletivo	61
TRAJETO 4: A comissão de eventos e os espaços instituintes do CECCO	64
QUARTA CARTOGRAFIA: O CECCO Parque Previdência e as tecnologias de redes territoriais	70
O PROJETO BRINQUEDOTECA no Jardim D’Abril	73
TRAJETO 1: O agenciamento do CECCO com a Associação Cultural União de Bairros	73
TRAJETO 2: As conexões da brinquedoteca	78
TRAJETO 3: Maria: a primeira história	80
TRAJETO 4: A Rede de Saúde: quente ou fria?	81
TRAJETO 5: Da violência à solidariedade	84
TRAJETO 6: Encontro com os pais	87
TRAJETO 7: A parceria com a Amana	91
O PROJETO DA RÁDIO	94
TRAJETO 1: A criação do programa de rádio Ubitatá	94
TRAJETO 2: Conhecendo um pouco das rádios clandestinas	97
TRAJETO 3: O novo programa Ubitatá	102
O PROJETO VÍDEO	106
TRAJETO 1: Problematizando o conceito de rede de saúde	106
TRAJETO 2: O vídeo CECCO como dispositivo intensivo na rede de saúde	110
TRAJETO 3: O efeito do dispositivo Vídeo na rede de gestão em saúde	112
TRAJETO 4: O Vídeo “Saúde Butantã” e a rede de gestão em saúde	117
TRAJETO 5: Cartografando as experiências sensíveis	121
TRAJETO 6: A edição do vídeo e a criação de realidades	124
NOTAS DE ENCERRAMENTO	128
Referências Bibliográficas	136

*“As questões são fabricadas, como outra coisa qualquer.
Se não deixam que você fabrique suas questões,
com elementos vindos de toda parte,
de qualquer lugar, se as colocam para você,
não tem muito o que dizer.*

*A arte de construir um problema é muito importante:
inventa-se um problema, uma posição de problema,
antes de se encontrar a solução”*

Gilles Deleuze, Diálogos

(Deleuze & Parnet, 1998: 9)

ABERTURA

*A*s nove horas de uma manhã ensolarada de terça-feira, partimos da Administração Regional de Saúde em Pinheiros com destino ao Butantã. O trajeto curto de cerca de vinte minutos nos lançaria a uma longa viagem iniciada há dez anos, quando, em junho de 1992, desembarcamos no CECCO Parque Previdência em São Paulo.

O itinerário dessa viagem foi composto por muitos trajetos e muitos desvios: a constituição de uma rede de saúde com novas contratualidades em saúde mental, a diáspora do PAS, os momentos de exílio em outras secretarias e projetos, a força de resistência no encontro com o curso de Terapia Ocupacional da USP, os agenciamentos poderosos no mestrado no Núcleo de Subjetividade na PUC, o retorno ao CECCO, esta pesquisa de doutoramento, cada um desses trajetos comportando os seus próprios caminhos e derivas.

A partir dessa trajetória, são abertas as portas dessa pesquisa que nada mais é do que a composição dos agenciamentos que foram se construindo durante o percurso.

É certo que o retorno ao CECCO, e o encontro com o modo de funcionamento da saúde no PAS, foram as marcas intoleráveis desse trajeto, a zona de oportunidade que engendrou tanto a criação de novos modos de encontro no CECCO quanto a realização desse trabalho de pesquisa, operadores que se distinguem, mas não se separam.

Tomamos essas marcas aqui acompanhando Deleuze para quem o intolerável, se apresenta como uma boa razão de se escrever; entretanto, conforme ele mesmo

nos adverte, a função dessa escrita é antes liberar-se de um excesso, de um certo tipo de memória.

Jeanne Marie Gagnebin em seu texto “Memória, história, testemunho” (Gagnebin, 2001) traça algumas concepções da memória, da experiência e da história a partir dos conceitos de Walter Benjamin.

Benjamin pensa a experiência a partir da possibilidade de uma tradição compartilhada por uma comunidade humana, tradição retomada e transformada a cada geração, que torna essa experiência algo maior que a prática individual.

Assim, para Benjamin, a narrativa de uma experiência tem como propósito não deixar nada ser esquecido. Nessa vertente a história tem por função o acúmulo, não permitir que coisa alguma se perca. Mas será que podemos pensar na escrita como existindo apenas para acúmulo da história?

Nossa perspectiva nesta pesquisa vai em outra direção: a narrativa dessas experiências serviu antes para nos liberar do intolerável da experiência. Utilizamos-as assim como *experiências limite*¹, à medida que puderam arrebatá-nos de nós mesmos fazendo viver na escrita o invivível da própria experiência.

Desse modo a *experiência limite* de realização dessa pesquisa pode ser compreendida como um operador de pensar diferentemente, pois à medida que uma narrativa pessoal de situação impessoal encontra ressonância coletiva, essa experiência ultrapassa o limite de si mesma.

Deleuze nos fala que a literatura é feita a partir de um esgotamento, e que nesse sentido ela tem menos a ver com o vivido do que com o invivível, isso significa que tem a ver “menos com a vida como ela é do que com o acontecimento que se extrai dela” (Pelbart, 2000: 82).

Ora, se a escritura de uma tese se avizinha com a literatura na sua força de criação, vale aqui um primeiro operador de prudência para a leitura deste trabalho: embora esta narrativa seja construída pelo acúmulo das experiências vividas, não tem a intenção de ser um relato da experiência, nossa intenção foi encontrar meios para falar com as experiências, encontrar procedimentos para que as experiências pudessem se expressar.

1 Conceito extraído de Bataille (1992).

A gestão é o tema dessa pesquisa. No início, não sabíamos exatamente delimitar o campo problemático a ser enfrentado, no entanto, um desassossego na clínica do CECCO nos levava a escrever: instigava e alegrava a prática cotidiana desse serviço, a sua potência de criação, sua possibilidade de produzir mutações naqueles que percorrem esse trajeto.

Assim são várias as cartografias que aqui se apresentam. E se nos valemos da cartografia para narrar esse processo é porque ela permite acompanhar os movimentos do trajeto, não como uma descrição do que foi experimentado, mas sim o percurso da própria experiência fazendo-se em ato. Nesse sentido as cinco cartografias que se apresentam no trabalho são composições desses trajetos realizados por uma lógica de urgência — da experiência e conseqüentemente da escrita.

Na primeira cartografia apresentamos o caminho de construção de um método de pesquisa-intervenção, a caixa de ferramentas para o trajeto, nossos operadores conceituais.

Assim começa a aventura na qual passamos a problematizar os modelos tradicionais de gerenciamento em saúde, que identificam a gestão com o lugar de alguém (o lugar do gerente), para chegar a uma função da gestão, posição esta, que rearranja o modo de subjetividade na clínica, pois se desloca da perspectiva das formas extensivas para um processo que se constituiu como um dispositivo clínico político capaz de transversalizar a dimensão pública das políticas de saúde na sua relação com o Estado.

Para seguir esse caminho o texto teve a contribuição de autores vinculados principalmente à filosofia da diferença, e foram aqui tomados como intercessores da pesquisa-intervenção no CECCO.

Assim, partindo de um sobrevôo histórico desde a Racionalidade Gerencial Hegemônica, método ainda utilizado no gerenciamento dos serviços de saúde, e que se vale de lógicas disciplinares e de controle além de privilegiar a administração e os indicadores de produtividade, seguimos na busca de um método em que a produção se desse ao mesmo tempo em que sujeitos se produzem. O intercessor SUS foi fundamental para a construção do método operador da gestão em saúde. Colocamos em análise as políticas extensivistas em saúde para fazer funcionar uma política intensiva.

Afirmamos uma poética da gestão. Um lugar não mais solitário e individual, mas uma função coletiva. Novos modos de gerir a saúde. Novos modos de gerir a vida. Esta poética instituída desde o princípio foi também se tecendo ao longo do trajeto, pois a cada encontro com os intercessores que se necessitou fabricar, novos operadores emergiam. Não é um método que se põe na frente para estabelecer uma meta. Se o afirmamos desde o início foi por uma posição de pesquisa, posição que se *afirma* no caminho, no caminhando.

Na segunda cartografia, o Caso PAS coloca-nos frente a uma urgência, um método de gestão que combatesse o intolerável: forças de resistência e combate na imanência. Nessa cartografia narramos o processo de retomada da atitude política, no seu sentido mais radical de elevado momento da ética, pelos trabalhadores da saúde do município deixados à margem por um período longo e desagregador. Um território a ser ocupado.

Partindo de um pedido endereçado ao lugar do gerente, ocupamos a posição de gestão, força criada com nossos operadores conceituais, que possibilitou à coletividade da saúde o encontro com as próprias condições de existência. A gestão como um dispositivo de agenciamento, a construção de redes, o trabalho na conexão, a inclusão do coletivo.

Na terceira cartografia, o Caso CECCO Parque Previdência coloca a clínica em análise, discutindo as intervenções criadas por essa clínica. Nossa aposta nessa cartografia é numa atitude inclusiva, uma atitude intensificadora da constituição das redes, não a rede hegemônica que tem o serviço como centro, mas a rede em que o serviço se põe ao lado. Política da vizinhança. Nessa cartografia a tarefa foi dar visibilidade às estratégias institucionais que criam zonas de comunidade, que compõem relações na vida cotidiana de um serviço que se propõe ao cuidado por meio de ações coletivas. Definimos aqui o coletivo como esse plano de agenciamento.

Na quarta cartografia, o CECCO se desdobra e a narrativa se dedica a traçar as imbricadas linhas de composição dos dispositivos territoriais que o serviço produz para fazer emergir suas visibilidades, dizibilidades e potências. Os projetos da brinquedoteca, do rádio, e do vídeo, tecem no território a rede rizomática que cria experiências híbridas de multiusuários. Emerge dessas experiências uma política da intensidade, uma frágil saúde sensível aos devires minoritários, uma saúde que experimenta um certo inacabamento, e que por isso libera vida dos acontecimentos.

A perspectiva desse trabalho não é de modo algum propor um novo modelo para a gestão dos serviços de saúde, é, ao contrário, acompanhar a experiência do/no CECCO e entender esse serviço como um dispositivo, que no seu trajeto singular pode argüir os padrões de gestão cristalizados, e com isso gerar novas configurações para a saúde. Uma saúde que é fonte de devir à medida que é fruto do diálogo entre a clínica e a vida coletiva.

*O grande erro, o único erro, seria acreditar
que uma linha de fuga consiste em fugir da vida;
a fuga para o imaginário ou para a arte.
Fugir, porém, ao contrário, é produzir algo real,
criar vida, encontrar uma arma.*

Gilles Deleuze, Lógica do Sentido

(1998a: 62)

PRIMEIRA CARTOGRAFIA: Produzindo um modo de gestão em saúde

TRAJETO 1: A EXPLORAÇÃO DE UM MEIO

A experiência constitutiva desta tese está sendo produzida em um serviço da rede pública de Saúde Mental da Cidade de São Paulo (Centro de Convivência e Cooperativa Parque Previdência — CECCO), projeto este que tem como eixo a inclusão social. A trajetória² desse serviço é narrada aqui como uma experiência de passagem, uma transitoriedade em que procuramos os seus modos de afetar e ser afetado em relação ao entorno, buscando elementos para compor algumas cartografias³ que ora apresentamos.

Este modo de produção tem como função trabalhar no terreno, pois, “desenredar as linhas de um dispositivo, em cada caso, é construir um mapa, cartografar, percorrer terras desconhecidas” (Deleuze, 1996a: 84).

2 Estamos aqui trabalhando com a idéia de trajetória como “a partida extensional de uma operação de individuação que se desdobra, ela mesma, em personagem e meio” (Almeida, 2003: 120).

3 A noção de *cartografar* aqui utilizada é trazida por Deleuze e Guattari, tal como trabalhado por Rolnik (1989). A propósito, e baseando-se nessas mesmas fontes, Regina Benevides de Barros aponta que “a cartografia é um desenho que acompanha os movimentos de transformação de uma paisagem. Neste sentido, ela é sempre provisória e singular. Ela diz das linhas que são puxadas daqui e dali e que se tecem no próprio acontecer. A cartografia não tem pretensão de verdade nem de universalidade. Ela acompanha os movimentos e compõe uma realidade. (...) Pensamos que todos podemos ser cartógrafos. O cartógrafo é aquele que quer envolver-se com o traçar, quer navegar no movimento, quer misturar-se com os acontecimentos, quer compor territórios que não sejam fixos por muito tempo, já que o movimento não cessa” (Barros & Brasil, 1992: 228).

Os CECCOS são serviços que compõem a rede de saúde da Secretaria de Saúde (SMS) da Prefeitura do Município de São Paulo (PMSP). Foram criados em 1989 quando a SMS, comprometida com as diretrizes da reforma sanitária e psiquiátrica, reformulou toda rede de atenção à saúde instaurando serviços territoriais de saúde mental substitutivos ao modelo hegemônico centrado nas internações psiquiátricas e outras práticas manicomiais.

Esta cartografia de gestão provisória e singular tem como objetivo acompanhar os movimentos de transformação desse projeto e a composição da sua realidade. Esta composição é tecida a partir de movimentos que não param de acontecer. Neste sentido, a gestão é aqui entendida como instauração de uma processualidade ética no trabalho, isto é, uma processualidade que fomente linhas de fuga, vetores de desterritorialização capazes de transversalizar as linhas duras do cotidiano das tarefas, de modo que o próprio trabalho venha a se potencializar por uma agitação de sentidos que o vivifiquem em prol de encontros saudáveis, isto é, encontros que aumentem a potência de vida dos indivíduos e dos coletivos.

A gestão aqui é vista a partir de uma territorialidade itinerante que propugne por uma outra inserção do desejo no campo social. Esta gestão na experimentação é imprevisível no início do processo porque só se realiza na variação, no contato com cada projeto. Cada projeto vai-se “erigindo enquanto traça distintamente seu modo singular de revirar-se” (Orlandi, 1999: 11).

Este modo de produção pode ser entendido como um modo de produção minoritário que influencia na clínica que queremos propor, porque entendemos não haver dicotomia entre clínica e gestão. O conhecimento adquirido com a clínica das oficinas (Galletti, 2004) e o modo de composição que daí se projetou, não nos deixariam entender a gestão de outro modo. Não é possível pensar a gestão simplesmente como a gerência do trabalho de outros ou a reprodução de formas já existentes, mas sim, prioritariamente, em gerar experiências e seguir na busca de singularidades.

O processo de gestão nesse serviço tem sido experimentar a gerência, e não ser a gerência (Onocko, 2003). Essa experimentação nos retira do papel do gerente como um modo individual, particular e solitário e nos lança à função de gestão como caráter coletivo e compartilhado.

A gestão nessa perspectiva não é apenas “organização do processo de trabalho, mas é o que se passa entre os vetores-dobras que o constituem. Os vetores, entretanto,

não estabelecem entre si relações deterministas ou determinadas, mas relações de intercessão sustentadas num princípio de inseparabilidade e co-extensão de tal modo que tais vetores configuram-se bem mais como dobras de um plano de produção” (Barros & Barros, 2007: 62)

TRAJETO 2: DO PLANO DA GERÊNCIA AO PLANO DA GESTÃO: CONSTRUINDO UM MÉTODO

Uma das formas de caracterizar o trabalho, desenvolvida a partir de Frederick W. Taylor (1856-1915) e mantida até os dias atuais inclusive para os serviços de saúde, divide o processo de produção entre criação/concepção e execução.

Segundo Ana Lúcia Abraão da Silva, autora de uma tese sobre gerência em saúde,

o pensamento desse engenheiro norte-americano pode ser resumido em quatro pontos: ciência em lugar de empirismo; harmonia em lugar de conflito; rendimento máximo, em lugar de produção reduzida; e, desenvolvimento especializado de cada trabalhador, a fim de alcançar maior eficiência e prosperidade. Estes pontos podem ser tratados como normas construídas com base nas análises desenvolvidas durante o trabalho. Estas são expressas de tal forma que estruturariam uma ciência, substituindo o método empírico (até então empregado) pelo método científico e racional de administrar” (Silva, 2004: 50).

O sistema desenvolvido por Taylor, a Teoria da Organização Científica do Trabalho (Taylor, 1987), é um método científico de racionalização do trabalho, que pode ser definido e padronizado pelo estudo de tempos e movimentos, eliminando-se assim a variação e singularização, impondo com isso um padrão de execução. Com o objetivo de sistematizar a produção, visava ao aplicar esses novos princípios, aumentar a produtividade, em cooperação administração-trabalhador, com a economia de tempo e a supressão de gastos no processo produtivo.

Ainda baseado nas idéias de Taylor e construindo o papel do administrador, Henry Fayol em 1916 lança a obra *Administração Industrial e Geral* (Fayol, 1990), que tinha como conceito principal a noção de medida. Essa concepção em que o planejar, organizar e coordenar são utilizados para o controle da produção, se faz presente em muitas produções da área administrativa (Silva, 2004).

A Racionalidade Gerencial Hegemônica, método muito utilizado para a gestão dos serviços de saúde, “valeu-se de métodos disciplinares e de controle que, em nome da produtividade e da concorrência, procuram instituir distintas expectativas quanto à felicidade, à realização pessoal, e ao acesso ao poder” (Campos, 2000: 26).

Essa lógica gerencial é, segundo Campos, a lógica taylorista de controle social pois “a grande descoberta de Taylor foi a recomendação explícita de que houvesse a instituição de uma “gerência científica”, ou seja, ele sugeriu um método de gestão que realizava uma nítida separação entre “planejamento, concepção e direção” dos processos de trabalho, daquilo que ele chamava de “tarefas de execução” (Campos, 2000: 26).

Já na década de 1930 a teoria das Relações Humanas insere, ao contrário da teoria clássica da administração, um novo elemento para a gerência do trabalho: “a motivação do trabalhador (aspecto psicológico), cuja chave é o reconhecimento profissional. A importância do grupo (aspecto sociológico), da participação, da comunicação e da liderança dentro das fábricas e empresas são fatores relevantes para atingir a motivação do profissional” (Silva, 2004: 50).

Atualmente, no rol dos estilos de gerências neotayloristas está incluída a “Qualidade Total” que se assenta na idéia da concorrência de mercado e dos indicadores de produtividade que, no geral, não levam em consideração as singularidades dos serviços, e se direcionam para a lógica quantitativa de produção.

Mas, a gestão dos serviços de saúde inclui muitos outros aspectos para além das teorias das administrações científicas. Para compreender o que se passa nos serviços de saúde é necessário entender a gerência como um dos planos de produção dessa rede de relações, que não é nem a administração do trabalho, tampouco a psicologização das relações de trabalho.

Neste sentido, não vamos nos deter nos modos de gerência que privilegiam a administração e os indicadores de produtividade, pois como dizem Deleuze e Guattari, levando em conta considerações feitas por Michel Serres (2003), em

O Nascimento da Física no Texto de Lucrecio. Correntes e Turbulências “seria preciso opor dois tipos de procedimentos científicos: um que consiste em **reproduzir**; outro que consiste em **seguir**. Um seria de reprodução, de iteração e reiteração; o outro, de itinerância, seria o conjunto das ciências itinerantes, ambulantes” (Deleuze & Guattari, 2002: 39).

Com esse raciocínio, estamos claramente seguindo o segundo procedimento, já afirmando que não se trata de um modelo a ser seguido. Pensamos que o CECCO guarda em sua experiência constitutiva, e em seu percurso, um modo de produção itinerante que não reproduz modelos preestabelecidos mas que experimenta a cada projeto um modo singular de existir.

Ao contrário do modelo taylorista que separa, no processo de trabalho, planejamento, concepção, direção, e execução; na experiência de gestão do CECCO, nossa diretriz foi não hierarquizar nem separar processos de trabalho. A gestão, direção, planejamento, e execução são etapas de um mesmo processo.

Nesse sentido podemos dizer que esse procedimento se aproxima muito mais daquilo que Küller chama de experiência artesanal de gestão que se caracteriza basicamente pela integração do pensar e agir no processo de trabalho.

José Antônio Küller, em seu livro *Ritos de passagem. Gerenciando pessoas para a qualidade*, diferencia o papel do gestor nas duas posições dos procedimentos acima citados. Para o autor na instituição Técnico-Científica o gestor tem as seguintes funções:

A posição estrutural do gerente configura sua primeira função básica: é o responsável pela estratégia organizacional. Tudo o que se refira a pensar o futuro organizacional está em sua alçada: a definição da missão, da forma de inserção no mercado, dos produtos a serem criados ou desenvolvidos, da perspectiva do crescimento, dos investimentos etc. A segunda macrofunção é a escolha e o aprimoramento da organização do trabalho em face da estratégia formal ou informalmente definida: a escolha da tecnologia e de seu desenvolvimento, o desenho básico dos processos produtivos e a definição da divisão técnica do trabalho, envolvendo distribuição de tarefas, responsabilidades e instâncias de poder, ou seja, a definição de uma peculiar estrutura administrativa e de sua dinâmica de funcionamento (Küller, 1996: 61).

Já na posição do mestre-artesão o gestor, segundo Küller, apresenta as seguintes características:

- 1) É responsável pelo produto, envolvendo: concepção, execução, excelência e adequação ao usuário.
- 2) Tem um conhecimento completo do campo de trabalho e competência técnica no ofício.
- 3) É responsável e autônomo na organização de seu próprio trabalho e na do trabalho dos seus oficiais e aprendizes, respeitadas a tradição e as normas da corporação de ofício.
- 4) É responsável pela educação de oficiais e aprendizes no sentido de facilitar-lhes o acesso à maestria.
- 5) É capaz de criar e, por meio disso, de expressar no produto sua própria humanidade.
- 6) Está inserido num produto contínuo de autodesenvolvimento no interior de seu próprio trabalho (ibidem: 36).

Não queremos com isso reproduzir ou seguir a experiência de gestão artesanal na administração de equipamentos de saúde, mas sim considerar que existe uma vizinhança, uma ressonância, com nossa perspectiva por nos parecer uma experiência que leva em conta o modo de afetação dos envolvidos. Mas isso não é suficiente. Como também não nos é suficiente criticar o Taylorismo.

Mais do que uma crítica a outros sistemas de gerenciamento, tomar o tema da gestão em saúde significa situar o trabalho: “este regime de produção de saberes, em que o planejar, o decidir, o executar, o avaliar não se separam, o que quer dizer que a atividade e a gestão da atividade não constituem instâncias separadas. Mas tal regime de produção não se dá sem que ao mesmo tempo sujeitos se produzam” (Barros & Barros, 2007: 63)

Deve-se ainda afirmar que “sujeitos são desejos, necessidades, interesses em conjugação e conflito. Eles inventam mundos, se inventando. Aqui o mundo do trabalho é criação e uso de si, mas também é luta e resistência ao trabalhar e a si. (...) Podemos dizer que essas três dimensões: saberes, sujeitos e poderes constituem-se de modo indissociável” (idem).

Neste caminho, perspectiva de Pierre Lévy também contribui para a construção de nosso método de gestão ao apresentar a inteligência coletiva como um campo problemático para aprofundarmos esta questão. Para esse autor, a inteligência é sempre coletiva, e é uma potência de autocriação que se constrói a partir da comunicação.

Comunicar é “partilhar o sentido (...) partilhar um contexto comum, partilhar uma cultura, partilhar uma história, partilhar uma experiência etc., progressivamente... (...). E pode-se dizer que comunicar é tentar ter alguma coisa em comum. Portanto, é, necessariamente, um verdadeiro encontro, a comunicação. Não é só transmitir uma mensagem. É alguma coisa que se constrói”.⁴

Mas Lévy nos adverte, “o método é sempre uma aparência enganosa, uma vez que as verdadeiras descobertas jamais se fazem seguindo um método, elas sempre se fazem transgredindo um método (...) a descoberta é sempre, ao mesmo tempo, a descoberta de um método”.⁵ Essa indicação nos é preciosa e reitera a continuação do nosso trajeto.

Com relação à saúde o autor acrescenta: “a saúde tem a ver com o fato de que as pessoas sejam autônomas na gestão de sua própria saúde...”.⁶

Compreender a gestão a partir desta indicação é tomá-la como um dispositivo que potencializa a ação coletiva, coletivo este que coloca a instituição em constante integração com a comunidade atendida, aumentando assim a potência da construção de outras muitas comunidades.

TRAJETO 3: O SUS NA CONSTRUÇÃO DO MÉTODO DE GESTÃO

Mas foi com Gastão Wagner de Souza Campos, que desenvolveu em seu livro *Um método para análise e co-gestão de coletivos* (Campos, 2000), um sistema (método da roda) de gestão que muito colabora para esta pesquisa e tem interfaces com o método de gestão da experiência do CECCO, que fomos nos aproximando da idéia de um método que operasse a gestão em saúde.

4 Lévy (1999) na resposta à pergunta de n. 4 da *Interface* (Buscando estabelecer uma primeira ponte com o campo da Saúde, é preciso dizer que neste campo a comunicação é, com grande freqüência, tomada de um modo excessivamente instrumental (...). Nos seus trabalhos, contudo, a comunicação aparece com um sentido muito mais amplo, como um autêntico conceito filosófico. Para começar, gostaríamos que você nos falasse um pouco mais sobre esse conceito mais amplo de comunicação).

5 Ibidem. Na resposta à pergunta de n. 7 da *Interface* (Colocando a questão de outra forma: não poderia haver uma certa tendência da atual base de constituição das identidades disciplinares, centralmente fundada nos métodos, vir a se deslocar em direção a um outro tipo de base identitária, desta vez tendencialmente fundada nos problemas?..).

6 Ibidem. Na resposta à pergunta de n. 8 da revista *Interface* (Na área da Saúde, creio ser marcante esta tendência à interdisciplinaridade, e ao avanço do conhecimento em torno de problemas...).

Essa perspectiva nos foi importante primeiramente porque inclui na gestão em saúde o diálogo com o Sistema Único de Saúde (SUS) dispositivo fundamental na construção de políticas públicas de saúde.

O “Método da Roda” se propõe a trabalhar objetivando a constituição de Coletivos Organizados, o que implica construir capacidade de análise e de co-gestão para que os agrupamentos lidem tanto com a produção de bens e serviços, quanto com sua própria constituição” (Campos, 2000: 36). Para Campos “os objetivos básicos de um Método que se pretenda anti-Taylor são o fortalecimento dos Sujeitos, e a construção de democracia institucional” (ibidem: 40).

O autor considera que um risco da democracia institucional, e a horizontalidade dos organogramas com distribuição mais homogênea do poder, é igualar artificialmente todos os profissionais de uma equipe. Nesses casos o que acontece é que a responsabilidade compartilhada passa a não ser de ninguém e sim de um coletivo abstrato (Campos, 1997).

Mas no Método da Roda:

um sistema de co-gestão depende da construção ampliada de “capacidade de direção” entre um conjunto das pessoas de um Coletivo e não somente entre sua cúpula. Capacidade de direção é a habilidade e a potência para compor consensos, alianças e implementar projetos, conforme a definiu Gramsci (Campos, 2000: 43).

Nesse mesmo caminho da construção de políticas públicas no âmbito do SUS, Regina Benevides de Barros e Eduardo Passos têm discutido a questão do método como a condução de um processo, o seu modo de caminhar, “a inversão do que estava posto no uso ordinário da palavra método. Inverter aqui significava trocar o primado da meta pelo do próprio caminhando (*hodosmeta*) afirmando a força da experiência concreta como guia para nosso percurso” (Passos & Barros, 2006). Os autores propõem um método de “tríplice inclusão” a saber:

- 1) inclusão dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores usuários) no sentido da produção de autonomia, protagonismo e co-responsabilidade; 2) inclusão de analisadores sociais ou, mais especificamente, inclusão dos fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção e de gestão, acolhendo e

potencializando os processos de mudança; 3) inclusão do coletivo seja ele em sua versão social seja subjetiva (Passos & Barros, 2006).

Esses autores foram fundamentais nesta pesquisa para nos indicar uma direção, ou uma guia como eles preferem, já que a pesquisa não tem um objeto a ser estudado, ela se constrói ao mesmo tempo em que se faz a intervenção, é ela mesma pesquisa, intervenção e gestão, e nesse sentido, o caminhar antecede a meta a ser alcançada. Em feliz metáfora esclarecem: “falamos de guia e não de direção, como se diz de um guia de cego que não define para aonde ele vai, que não dá o sentido que é sempre o do cego, mas faz realizar a direção já em curso às cegas, tateante, como é sempre a nossa ação antes de podermos juntos em comunidade conhecê-la” (Passos & Barros, 2006).

O método da tríplice inclusão também tem sido fundamental na inseparabilidade entre fazer a pesquisa e fazer a gestão no CECCO, pois nos lança permanentemente à problematização deste serviço que tem como mandato social *a inclusão social de pessoas em situação de exclusão*.

Mas aqui é importante um operador de prudência: ora, se o mandato social dos CECCOS é a inclusão social será que é do mesmo conceito de inclusão que tratamos quando utilizamos o método da tríplice inclusão? A perspectiva do trabalho com o método da tríplice inclusão foi apontando outra direção.

O conceito de inclusão social a que se refere o projeto inicial da PMSP dos CECCOS, de 1992 — Normatização das Ações dos Centros de Convivência e Cooperativa em São Paulo —, traz em si idéia do seu oposto (a exclusão social), a de um vazio que não conta, que só vai contar quando for incluído. Mas desde Foucault sabemos que nada está excluído, que “as práticas sociais podem chegar a engendrar domínios de saber que não somente fazem aparecer novos objetos, novos conceitos, novas técnicas, mas também fazem nascer formas totalmente novas de sujeitos” (Foucault, 1999: 8).

Então, trabalhar com o método da tríplice inclusão é também desnaturalizar a oposição inclusão/exclusão, esta concepção de que tem um excluído a ser incluído, e abrir o conceito de inclusão para a perspectiva de conexão que significa incluir num campo analítico elementos que não estão sendo conectados.

Essa escolha metodológica de gestão nos faz problematizar na experiência toda uma gama de conceitos do campo da saúde, como inclusão, exclusão, vulnerabilidade, conceitos esses que são transcendentais, à medida que pressupõe seus opostos e

nos impede de pensar a saúde como uma experiência de imanência. “Qual é a operação que se reitera nessa tendência combativa? Pensando a imanência como campo problemático, a operação de combate, reiterada aquém das palavras de ordem, consiste em criar e fazer com que surjam os “verdadeiros problemas”, fazer com que se liberem gritos, dores e também cantos sufocados, agitando saídas em meio à proliferação do intolerável. Combater na imanência é potencializar guerrilhas que não fazem o jogo cômodo das máquinas produtoras de universais... que, impondo seus problemas, submetem outros ao domínio de estratégias ou focos transcendent...” (Orlandi, 1999: 8).

A partir daí a preocupação metodológica é imanente a uma política da narratividade e da escolha dessa posição narrativa. E se “a prática de saúde se faz no encontro de sujeitos, ou melhor, pelo que se expressa nesse encontro” (Passos & Barros, s/d: 1), é a narrativa desse encontro que está expressa como movimento nesta pesquisa.

Nesse sentido Passos e Benevides Barros fazem uma distinção entre método extensivista (transcendente), e método intensivista (imanente) fundamental para o trabalho em saúde.

Exemplificam os autores, o método extensivista como projetos de Estado em que se “impõe determinado procedimento com força de lei”.

Conforme Regina Benevides Barros e Eduardo Passos,

a máquina de Estado pelo seu gigantismo é freqüentemente um foco propagador de ações cuja medida e o método são da extensividade: ações nacionais, macroregionais, programáticas e de campanhas. A máquina de Estado é tão mais estatal quanto maior é a sua capacidade de estender seus braços por toda a nação e não necessariamente incluindo todo o povo (Passos & Barros, 2006).

Eles ainda perguntam: “mas como fazer a inclusão do povo? Como incluir o que, na experiência concreta, foge aos padrões idealizados, à figura abstrata do homem médio brasileiro?” (idem).

Nos projetos de Saúde Mental no Brasil temos um exemplo claro dessa forma de método extensivista que foi a implementação do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) no âmbito nacional.

Sabemos que a implementação de serviços territoriais substitutivos ao hospital psiquiátrico é de fundamental importância e é óbvio que medidas como a tomada pela Portaria Ministerial nº 336/GM do Ministério da Saúde (criação dos CAPS) solidifica essa política de humanização das ações em saúde.

Mas também sabemos que só a implementação da lei não garante que os serviços territoriais funcionem como um novo modo de produzir saúde e sujeitos. “Alcançar a experiência concreta no que ela tem de singular exige, portanto, uma ação guiada por uma metodologia não mais extensivista, mas intensivista: o método da tríplice inclusão” (idem).

Esse método que “privilegia a singularidade”, que não é precisamente o individual, mas o *caso*, o acontecimento, uma “configuração de acontecimentos”, um “devir ativo”, uma “decisão”. Em vez de ser o “movimento forçado” por uma transcendência, essa decisão, esse devir ativo compõe-se como “movimento natural” que explora vizinhanças segundo conexões não preestabelecidas, “indo do coletivo ao individual e inversamente” (Orlandi, 1999: 15) (*grifo nosso*).

Essa é uma direção desviante do modo hegemônico de se realizar políticas públicas: apostar no método intensivista é “afirmar o princípio da transversalidade como o que causa ou força a ação clínico-política ou o que dispara um determinado movimento no plano das políticas públicas” (Passos & Barros, s/d: 4).

Segundo Guattari (2004: 111), que cunhou o conceito de transversalidade, “esta é uma dimensão que pretende superar os dois impasses, quais sejam o de uma verticalidade pura e o de uma simples horizontalidade; a transversalidade tende a se realizar quando ocorre uma comunicação máxima entre os diferentes níveis e, sobretudo, nos diferentes sentidos”.

TRAJETO 4: DO MÉTODO À POÉTICA INTENSIVISTA DE GESTÃO

O método intensivista é primeiramente, segundo Passos e Benevides Barros, um procedimento de desmontagem, que se dá por um aumento do coeficiente de desterritorialização. Seguindo a leitura que fazem Deleuze e Guattari (1977) do pensamento de Kafka (principalmente na obra *Kafka: Por uma literatura menor*), os

autores sugerem que uma ação intensivista ou o procedimento de desmontagem nada mais é do que extrair do padrão majoritário as agitações das políticas minoritárias, os microcasos ou microlutas.

Eles afirmam que a “dissolvência é a experiência da desmontagem do caso, a sua desestabilização geradora de fragmentos intensivos, de partículas de sentido que se liberam, que são extraídas do caso. O caso molar se moleculariza, abrem-se suas formas fechadas. Sua forma dá passagem às forças que o habitam. O caso é, nesse sentido, o caso de um devir” (Passos & Barros, 2006).

É a política ou método do desdobramento, multiplicação ou mesmo dos vários platôs de uma dada situação, como nos ensinaram Deleuze e Guattari.

Entendendo a inseparabilidade do plano individual e do plano político e coletivo, a noção aqui tomada é a da singularidade, isto é, da diferença intensiva, essa passagem transversalizante que põe em movimento absoluto os movimentos relativos das simples diferenças. Quando ocorre essa passagem, quando ocorrem esses devires, tanto a experiência individual, quanto o comum (tomados como planos extensivos) sofrem intensificações que lançam cada um deles para outro estado, intensivo, de co-participação.

Quando um devir se passa entre $a1$ e $b1$, nenhum deles se torna o outro, mas cada um é lançado em outro estado: $a2$, $b2$. Havendo transversalização, passagem de uma agitação intensiva, há intensificações distintas de experiências individuais e um novo estado do comum de que elas participam. O comum pode ser um cruzamento de problemas.

Como nos fala Deleuze nessa passagem filosófica-política de *Diferença e Repetição*: “Como se não continuássemos escravos enquanto não dispusermos dos próprios problemas, de uma participação nos problemas, de um direito aos problemas, de uma gestão dos problemas” (Deleuze, 2006: 228).

Nesse sentido podemos pensar que a experimentação do método intensivista nos leva a uma experiência do coletivo se pensarmos o coletivo como a experiência máxima do comum pelo que em nós não é individual mas da ordem do impessoal. Isso significa que a experiência máxima do comum não ocorre sem transfiguração dele próprio e dos participantes: há uma simultaneidade de arpejos e não um mero naufrágio individual no comum.

Assim, esse método pode “fazer vibrar estes limiaries num processo de contágio com/entre as formas, abrir o caso para suas intensidades, trabalhar nas misturas que o compõem, e menos numa (suposta) pureza, parecem ser potentes índices clínicos-políticos para que um caso (singular) não se dissocie de sua face coletiva” (Passos & Barros, s/d: 18).

A gestão é aqui tomada como dispositivo dessa poética intensivista. Nesse caminho, na oscilação própria dessa experimentação, que é também desmanchamento de um lugar da gestão, para fazer aparecer a função de gestão — um dispositivo de gestão — à medida que essa função não é mais de alguém (de um gerente), mas uma função na experimentação conectiva da rede.

E é a condução desse método, que chamamos de uma gestão poética da saúde, entendendo a inseparabilidade entre saúde e gestão. E o que estamos querendo afirmar com isso? Uma posição de gestão.

Para afirmar esta posição poética consideramos necessário salientar duas linhas de encaminhamento desse problema para que elas sirvam de fio condutor do nosso trabalho.⁷

Consideremos apenas a materialidade extensiva do corpo orgânico. Levando isto em conta, pergunto: a medicina, em sentido amplo, não é justamente a técnica ou a arte mais diretamente ligada à saúde? Aristóteles (2001) diz que a técnica é a habilidade para fazer algo. Mais precisamente, *techné*, para ele, é “uma disposição para produzir”, mas disposição “acompanhada de regra” (Ética a Nicômaco, VI, 4). Sem habilidade regrada não produz bem. É nesse sentido que os latinos empregaram a palavra arte (*ars*): conjunto de procedimentos úteis à produção de um resultado. Arte, nessa significação, é um artifício distinto da ciência (implica conhecimentos que independem de aplicações), e também distinto da potência criadora da natureza, potência que se nota num ente natural. Um ente natural, como esta flor, é o que vai por si, diz Aristóteles, ao lugar do seu máximo desenvolvimento. E mais: Aristóteles distingue, no próprio campo da *techné*, das habilidades técnicas, uma linha de criação, isto é, de *poiesis*, e uma linha de ação, isto é, de práxis (Ética a Nicômaco, VI, 3). Essas duas disposições, criação e ação, se envolvem com “coisas suscetíveis de serem de outro modo”, diz ele. Pois bem, à disposição criativa acompanhada de

7 Essas preciosas linhas foram indicações do meu orientador Luiz Orlandi por ocasião do processo de qualificação do doutorado.

razão, é que ele reserva o nome de arte. Neste sentido, como arte, a medicina (em conluio com ciências e potências naturais) pode levar o corpo doente a ser de outro modo, a ser um corpo mais saudável. Desse modo, poderíamos dizer que, antes de Deleuze, e já em Aristóteles, temos a idéia de uma **saúde poética**, de uma saúde que ganhou a intercessão da arte médica.

Então, por que precisaríamos da intervenção da filosofia contemporânea nesse assunto? Esse Aristóteles seria suficiente, não há dúvida, se não fosse a exacerbação do que poderíamos chamar de imperativos macroformadores amparados pelo modelo hilemórfico, isto é, amparados pela redução dos processos de individuação a relações pelas quais uma matéria é submetida por uma forma. Vê-se facilmente que, nessa perspectiva, uma arte envolvida com a saúde corre o risco de submeter o corpo orgânico a imperativos formadores perigosamente cegos a imperativos do próprio corpo, visto que, a rigor, como diz Espinosa, não sabemos o que pode o corpo.

Foi preciso que esse hilemorfismo entrasse em crise. Já não bastava pensar as individuações, as subjetivações, a permanente variação das coisas e dos entes naturais, toda essa variabilidade em tudo como submissão de matérias a formas. Para resumir, foi preciso levar esse binarismo da matéria e da forma à real e imanente complexidade que ele implica, mas simplifica. Matéria e forma implicam dinamismos, devires moleculares que nos obrigam a pensá-los, não apenas como extensos, mas também como intensivos. O próprio corpo orgânico passou a ser pensado em relação aos encontros intensivos que o levam em fugas pelos corpos sem órgãos que ele possa suportar. Essas variações conceituais não deixaram a idéia de saúde presa à extensividade do corpo orgânico submetido a imperativos formadores. Como qualquer coisa, também a saúde tem sua variável efetuação numa multiplicidade de linhas duras, flexíveis, moleculares e submoleculares.

Pois bem, mas como repensar conceitualmente a ligação saúde e arte nesses novos termos, de modo a justificarmos conceitualmente a expressão “saúde poética”? Com Deleuze e Guattari, relendo Espinosa, podemos dizer que o indivíduo está exposto a mil e uma percepções e a processos que o afetam, está exposto ao que lhe é agradável ou desagradável, ao que lhe dá alegria ou tristeza, por exemplo, que o fazem sofrer ou gargalhar, que o leva a sentir ou perceber o que lhe ocorre etc. Ora, a arte conecta-se de maneira especial com essas percepções e afecções, não é uma simples adesão a elas, não é uma simples adesão ao estado daqueles que os experimentam e nem aos sentimentos afetivos do eu. Ou seja, a arte é capaz de extrair blocos de

sensações dessas percepções e afecções. Um bloco de sensação assim extraído pela arte é um composto de perceptos e afectos (Deleuze & Guattari, 1992: 213). Ora, um percepto não é apenas uma percepção, mas a abertura de um modo de perceber. Neste sentido é que se pode dizer que ele não se reduz à percepção de um indivíduo que percebeu isto ou aqui. Do mesmo modo, um afecto não é apenas uma afecção, um sentimento individual, mas um modo de sentir. Uma saúde poética, então, seria aquela em que se criam afectos e perceptos, ou seja, novos modos de sentir e de perceber. Esses novos modos são imprescindíveis ao desencadeamento de processos que não se satisfaçam apenas com a submissão da saúde a imperativos formadores alheios às linhas de intensificação, linhas sem as quais não há afectos e perceptos. Uma saúde poética, portanto, é uma saúde intensificada em novos modos de cuidar da vida.

Nessa perspectiva e pensando em novos modos de cuidar da vida a observação de Michael Hardt sobre a produção dos afetos no trabalho e na vida social tem sido também muito útil para esses nossos projetos que pensamos intensivos. Para Hardt, “o trabalho afetivo representa, em si e diretamente, a constituição de comunidades e subjetividades coletivas. (...) processos pelos quais nossas práticas de trabalho produzem subjetividades coletivas, produzem sociabilidade e, finalmente, produzem a própria sociedade” (Hardt, 2003: 144).

De acordo com o autor o trabalho, pensado a partir dessa perspectiva intensiva produz sociedade revelando assim o trabalho vivo que constitui formas de vida, o que Varela (2003) chamaria de reencantamento do concreto.

Reencantamento que aqui nessa pesquisa tem como função desmontar uma clássica concepção de gestão que fica identificada a um lugar, a um papel, a uma certa concepção de poder, a um controle dos processos de comunicação, até mesmo a uma concepção de rede que é a anti-rede.

E se fazemos isso não é como adesão a um novo modelo- método, ou um padrão ideal, mas sim porque entendemos a saúde não como um estado mas como um processo. E, se a saúde é um processo, contar, narrar, a gestão desse processo é ao mesmo tempo inventar um modo de criar as próprias normas, reencantar o concreto das experiências, que aqui significa intensificar as experiências, poetizar as experiências. E como reencantar as experiências: questão de gestão, método de gestão, poética de gestão.

A gestão para nós é, portanto, um princípio, uma posição clínico-política deste trabalho.

*“O devir não é a história;
a história designa somente o conjunto de condições,
por mais recentes que sejam,
das quais desvia-se a fim de ‘devir’,
isto é, para criar algo novo.”*
Gilles Deleuze, Conversações
(1996: 211)

SEGUNDA CARTOGRAFIA: O Caso PAS e a autoposição do problema de pesquisa. Problematizando um conceito de gestão

TRAJETO 1: ELEIÇÕES E EXPECTATIVAS

*A*s eleições para a Prefeitura do Município de São Paulo em 2000 expressavam para os trabalhadores de saúde pública municipal uma expectativa⁸ de transformação na configuração da atenção à saúde desta cidade.

Desde 1996, com o início do Plano de Atenção à Saúde (PAS),⁹ a experiência de privatização selvagem dos serviços, o êxodo de grande parte do funcionalismo público para outras secretarias e, principalmente, o atraso na articulação da rede de saúde pública municipal ao Sistema Único de Saúde (SUS), vivemos anos de uma certa depressão. A experiência traumática provocada pelo PAS causou nos trabalhadores da saúde do município um esvaziamento de sentido no que tange ao trabalho em saúde coletiva.

8 Estamos aqui preferindo o termo expectativa, em vez de esperança, a partir da perspectiva da filosofia da imanência que distingue os dois termos: por expectativa entende-se que não se pode saber previamente.

9 Com o objetivo principal de reduzir custos e otimizar os serviços públicos de saúde, o PAS transferiu em 1996 para sistemas de cooperativas privadas, formadas por profissionais da saúde, a gestão das unidades de atenção da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo.

Podemos dizer que os anos das gestões Maluf/Pitta (1993/2000) em São Paulo foram para os trabalhadores de saúde períodos de tempos sombrios, “períodos em que o âmbito público se obscureceu e o mundo se tornou tão dúbio que as pessoas deixaram de pedir qualquer coisa à política além de que mostre a devida consideração pelos seus interesses vitais e liberdade pessoal” (Arendt, 2003: 20).

Ainda segundo Hannah Arendt (idem), “os que viveram em tempos tais, e neles se formaram, provavelmente se inclinaram a desprezar o mundo e o âmbito público, a ignorá-los o máximo possível ou mesmo a ultrapassá-los”.

O sistema de saúde público municipal iniciado pela então prefeita Luiza Erundina (1989-1992) consistiu numa política de Estado que articulou todo um conjunto de trabalhadores em um projeto coletivo de ações e foi completamente decomposto pelos governos seguintes. E nos oito anos posteriores, no mínimo, as perguntas dos trabalhadores implicados na assistência em saúde pública da cidade de São Paulo eram: O que nos aconteceu com a introdução do PAS? Como as políticas públicas puderam sofrer tantos danos?

Parafraseando Foucault (1977/1996), o PAS era o inimigo maior, o adversário estratégico. O endurecimento, a violência e a ruptura provocados por esse plano, sobrecodificava qualquer possibilidade de avaliação dos projetos institucionais anteriormente em andamento.

Segundo Deleuze (1996: 23), “o Estado é a soberania. No entanto, a soberania só reina sobre aquilo que ela é capaz de interiorizar, de apropriar-se localmente”. Nesse sentido a máquina de Estado pode interiorizar todos os movimentos que nela acontecem. Os aparelhos de Estado com seus agenciamentos sedentários operam uma captura das forças inventivas, quer dizer, o Estado funciona no modelo da Fortaleza, em que cada vez que há uma desestabilização a resposta é a regulação dessas forças.

Com isso queremos dizer que a possibilidade das mudanças que ocorrem a cada gestão serem investidas como potência intensiva podem ser apropriadas extensivamente pelo Estado. São os dispositivos que Deleuze denomina aparelhos de captura. Segundo o autor, o Estado impõe regras e métricas que impedem as dinâmicas às formas e métricas. A função do aparelho de Estado é controlar o nomadismo, isto é, as forças que contêm em si linhas de fuga (Deleuze & Guattari, 2002).

TRAJETO 2: OS TRABALHADORES DE SAÚDE

O que acontece na PMSP, e em muitas políticas de Estado no Brasil, é que nas mudanças de gestão, os projetos em andamento são quase sempre interrompidos em maior ou menor grau, e a avaliação dos mesmos fica comprometida, ou melhor dizendo, a análise dos projetos não é realizada no processo de trabalho e muitas vezes só se coloca em análise a sua paralisação.

Com relação ao PAS, não foi só uma simples mudança em que um ou outro projeto é criado ou interrompido. Foi uma mudança de posição ético-política de gestão, que recusava qualquer estratégia pública de assistência em favor da privatização e da exclusão do Sistema Único de Saúde na cidade de São Paulo.

Nesse período a grande maioria dos trabalhadores de saúde viveu um certo tipo de “*homeless*”, que fez com que se juntassem numa espécie de bando de perseguidos. Nesse bando de perseguidos “sem-mundos” viveu-se uma espécie de vontade de depressão. Ao contrário dos bandos nômades “que continuam a afirmar os direitos de sociedades segmentárias contra órgãos de poder de Estado” (Deleuze & Guattari, 1996: 23), esses bandos de perseguidos viviam na dependência do Estado.

Os trabalhadores, presos a um passado (identificado com a realização um projeto em andamento violentamente interrompido), não conseguiram, mesmo à deriva, criar novos acontecimentos, criar linhas de fuga, construir agenciamentos.

Como nos fala Deleuze “a forma-Estado, como forma de interioridade, tem uma tendência a reproduzir-se, idêntica a si através de suas variações, facilmente reconhecível nos limites de seus pólos, buscando sempre o reconhecimento público (o Estado não se oculta)” (Deleuze & Guattari, 1996: 24).

Contudo, Passos e Benevides Barros quando narram as suas experiências no Ministério da Saúde, esclarecem que as linhas do Estado não dobram apenas para dentro. Segundo os autores “há algo que resiste a esta interiorização, algo que insiste na exterioridade, fazendo com que a máquina de Estado se abra para o que é o seu fora. Chamamos este fora de plano do coletivo aí onde se constroem, de fato, políticas públicas” (Passos & Barros, 2005: 566).

Mais adiante eles afirmam que “as alterações da experiência coletiva é que podem gerar políticas públicas malgrado o movimento de interiorização da máquina de Estado” (idem).

Entretanto o PAS, seu funcionamento interiorizado sem conexão com as forças do fora (o SUS como um fora imprescindível) não possibilitava aberturas para que os trabalhadores de saúde municipal produzissem verdadeiramente uma ruptura com o projeto anterior, pois como bem assinala Deleuze “uma verdadeira ruptura é algo a que não se pode voltar, que é irremissível, porque faz com que o passado tenha deixado de existir” (Deleuze & Guattari, 1996: 24). Ainda segundo Deleuze “...na ruptura, não apenas a matéria do passado se volatilizou, mas a forma do que aconteceu, de algo imperceptível que se passou em uma matéria volátil, nem mais existe” (ibidem: 72).

No lugar da ruptura, como a proposta por Deleuze, pensamos que os trabalhadores ficaram imersos durante anos num limbo cinzento, ou melhor, em um vazio intolerável clamando por um passado, como se o mundo lhes tivesse sido subtraído.

Esse vazio, essa descrença, esse desejo pelo passado, fez com que “os projetos menores” e todas as respostas coletivas, organizadas na marra pelos trabalhadores marginais não indicassem, como fala Guattari: “a direção de novas modalidades de organização da subjetividade coletiva” (Guattari, 1987: 47).

Os projetos minoritários, criados naquele período nas brechas do Estado, poderiam ter ocupado os espaços e ser operados fora do Estado. Poderiam ter se constituído como pura estratégia, como dispositivos, como resistência no sentido propulsor, um combate na imanência, fazendo avançar os processos heterogenéticos.

A resistência, se assim tomada como uma força do coletivo, um Fora da máquina de Estado pode fazer modular os modos de funcionamentos molares que impedem as práticas de singularização.

Como nos falam Deleuze e Guattari, “o fora aparece simultaneamente em duas direções: grandes máquinas mundiais, ramificadas sobre todo o *ecúmeno* num momento dado, e que gozam de uma ampla autonomia com relação aos Estados (por exemplo, organizações comerciais do tipo ‘grandes companhias’, ou então complexos industriais, ou mesmo formações religiosas como o cristianismo, o

islamismo, certos movimentos de profetismo ou de messianismo etc.); mas também mecanismos locais de bandos, margens, minorias, que continuam a afirmar os direitos de sociedades segmentárias contra os órgãos de poder do Estado” (Deleuze & Guattari, 1996: 23).

Contudo, podemos pensar que uma espécie de ressentimento, uma resistência que obstaculiza, fazia com que o passado, identificado como projeto público (antes do PAS), não fosse esquecido e o futuro só pudesse ser imaginado na negação do presente-privado (PAS). Isso não permitiu que os trabalhadores em estado de exílio ocupassem os espaços existentes e inventassem a partir destes um novo sistema de saúde, mesmo que à margem do Estado.

Estamos aqui trabalhando a idéia de ressentimento em oposição ao que Deleuze chama de decepção que é “a condição subjetiva propícia para algo de efetivo (um ‘dever’ um ‘processo’)” (Zourabichvili, 2000: 333). O ressentimento ao contrário “reside justamente no apartamento entre os sujeitos e sua potência de agir” (Kehl, 2004: 242).

Primo Levi, autor de vários livros sobre o holocausto, citando Kafka, diz que os campos de concentração nazistas provocaram nos homens “a vergonha de ser um homem”. É com essa intensidade que percebemos o que a lei do PAS provocou, por meio da sua violência e banimento; essa vergonha tamanha de manter o outro completamente submetido ou, como disse Deleuze, “a vergonha é não termos nenhum meio seguro para preservar, e principalmente para alçar os devires, inclusive em nós mesmos” (Deleuze, 1998: 213).

A pergunta de Deleuze, em *Mil Platôs*, insiste aqui nesta pesquisa: “Por que o Estado triunfou?” (Deleuze & Guattari, 1996).

Segundo Giorgio Agamben (2002), quando se perde a condição de cidadania, a vida é qualificada como “vida nua”. Para o autor, isso acontece nos estados soberanos, mesmo dentro de um, considerado, estado democrático em que se dispõe da vida dos cidadãos sem respeito algum, e em que há suspensão dos direitos coletivos.

Penso que a experiência do PAS, vista a partir desse pressuposto, foi capaz de gerar, na comunidade de trabalhadores da saúde municipal, graus de ressentimentos, pois, “o ressentimento é o avesso da política. Ele é fruto da combinação entre promessas não-cumpridas e a passividade que elas promovem. Os ressentidos, na política, são aqueles que abriram mão de sua condição de agentes da transformação

social... O ressentimento é o terreno dos afetos reativos... da memória que só serve à manutenção de uma queixa repetitiva e estéril” (Kehl, 2004: 242).

Contudo, “se o ressentimento é o avesso da política, só pode ser curado pela retomada do sentido radical da ação política. O ato político implica sempre um risco de desestabilizar a ordem. Ao contrário da resignação ressentida, ele nasce de uma aposta na possibilidade de modificar as condições estruturais presentes em sua origem” (idem).

Deleuze afirma que, para Nietzsche, “a vontade de poder tem duas tonalidades: a afirmação e a negação; as forças têm duas qualidades: a ação e a reação. Aquilo que o homem superior apresenta como afirmação sem dúvida que é o mais profundo do homem, mas não deixa de ser por isso apenas a combinação extrema da negação com a reação, apenas da vontade negativa com a força reactiva, do nihilismo com a má consciência e o ressentimento. (...) Chega um momento em que a vontade de negação quebra sua aliança com as forças reativas, abandona-as e volta-se mesmo contra elas. (...) As forças reactivas ao serem negadas tornam-se activas; a negação é convertida, torna-se o alarde de uma afirmação pura, o modo polêmico e lúdico duma vontade afirmativa que passa a estar a serviço dum excedente da vida” (Deleuze, 1996: 52-3).

Nessa perspectiva Deleuze, como nos diz Orlandi (2002), toma a idéia de política num sentido mais radical e afirma ser a política o “elevado momento da ética” que ressoa o “esplendor do acontecimento e da subjetividade”. Para entender isso melhor, Orlandi acrescenta:

a avaliação das ações teóricas e práticas desencadeadas em face de problemas criados ou vindos à pauta há de ser sempre retomada, como diz Deleuze, “no nível de cada tentativa”. Ao dizer que se trata de avaliar cada tentativa em sua “capacidade de resistência ou, ao contrário sua submissão a um controle”, o que Deleuze está valorizando, precisamente, é um novo tipo de relação com o “mundo”, mundo do qual nos desapossaram, diz ele. (Orlandi, 2002: 234).

Assim o ato político é para Deleuze afirmação diferencial, pois como ele mesmo diz: “Acreditar no mundo significa, principalmente, suscitar acontecimentos, mesmo pequenos, que escapem ao controle, ou engendrar novos espaços-tempos mesmo de superfícies ou volumes reduzidos” (ibidem: 235).

Zourabichvili (2000: 347) esclarece: “a política começa ou recomeça, portanto, cada vez que uma coletividade encontra suas próprias condições de existência (ela já está em jogo quando um indivíduo, por sua própria conta, encontra as suas ou as dos outros)”.

TRAJETO 3: A GESTÃO COMO INTERVENÇÃO-COMBATE NO PAS

Tomando essa perspectiva problemática da política, voltamos ao nosso trajeto: em janeiro de 2001 o governo municipal recém-assumido convidou uma equipe de profissionais para iniciar um processo de intervenção nas unidades de saúde ainda sob a administração do PAS. Essa equipe tinha como função acompanhar o período de transição das unidades de saúde, sob a gerência das cooperativas, e voltarem para a gestão direta da Secretaria Municipal de Saúde.

Foi um período difícil, de grandes tensionamentos, já que a mudança de administração¹⁰ indicava também uma estratégia de transformação dos serviços ora privatizados, em serviços públicos que se pautassem pelas diretrizes do SUS.¹¹

As perguntas de Foucault no prefácio do livro de Deleuze e Guattari, *O AntiÉdipo* nos guiaram nessa travessia perigosa porque se fazia ética e não partidária: “Mas como fazer para não se tornar fascista mesmo (e sobretudo) quando se acredita ser um militante revolucionário? Como liberar do fascismo nosso discurso e nossos atos, nossos corações e nossos prazeres? Como desentranhar o fascismo que se incrustou em nosso comportamento?” (Foucault, 1977: 199).

O cenário da saúde em São Paulo em janeiro de 2001 era catastrófico. Com o objetivo da redução orçamentária da saúde, o PAS transferiu a gestão das unidades de assistência em saúde para catorze cooperativas formadas tanto por servidores municipais como pessoal contratado.

10 O “Governo da Reconstrução” foi o slogan da gestão da prefeita Marta Suplicy em São Paulo, o que, a nosso ver, acarretou um problema de entendimento por parte dos trabalhadores: se por um lado era necessário reconstruir a cidade, por causa dos anos de desgoverno da gestão Maluf/Pitta, a preposição *re*, foi entendida por muitos (principalmente na área da saúde) como uma repetição (do idêntico) da gestão da prefeita Luíza Erundina.

11 O Sistema Único de Saúde (SUS) prevê a articulação dos governos Federal, Estadual, Municipal e Conselhos de Saúde para garantir a universalidade, a equidade, e a integralidade de acesso aos serviços de saúde.

Segundo Osvaldo Antonio Donnini,

com a privatização, a SMS teve sua organização praticamente estruturada em dois subsistemas. De um lado, a coordenação das dez Administrações Regionais de Saúde que passava a administrar cerca de quarenta unidades de saúde e ações de vigilância epidemiológica que não interessavam às cooperativas, que administravam pouco mais de duzentas unidades de saúde. Os Distritos de Saúde foram extintos e as ARS deixaram de ser Unidades Orçamentárias (Donnini, 2003: 34).

A trágica experiência de privatização desarticulou totalmente o sistema municipal: dos 40.000 funcionários deixados pela administração anterior trabalhando na rede municipal sobraram 28.000, sendo que, desses, 13.000 estavam na Secretaria da Saúde em projetos ditos menores, 5.000 nas cooperativas do PAS, e 10.000 exilados em outras secretarias. Foi procedida, nesse período, a uma grande movimentação de pessoal.

Eduardo Jorge argumenta:

os primeiros passos dados pela prefeita Luiza Erundina [1989 a 1992] foram bruscamente interrompidos por duas gestões extremamente reacionárias que tentaram uma experiência de privatização selvagem e que destruiu a rede municipal de saúde (uma poderosa rede com mais de 40.000 trabalhadores de saúde), e que acabou se tornando um caso de polícia pelos seus desmandos e irregularidades administrativas e financeiras (Eduardo Jorge, 2003: 26).

Com isso posto e ainda guiados por Foucault, perguntávamos: como saltar de uma gestão por ora privatizada para outra que se desejava pública? Como gerar estratégias de construção de políticas públicas sem a permanente intermediação do Estado? Como não criar um novo regime de dominação?

E foi novamente Foucault no prefácio ao *AntiÉdipo* quem nos indicou um modo de pensar, essa arte de viver contrária ao fascismo instalado pelo PAS:

liberar a ação política das formas unitárias e totalizantes; fazer crescer a ação, o pensamento e os desejos por proliferação, justaposição e disjunção, mais do que por subdivisão e hierarquização piramidal; liberar-se das velhas categorias do Negativo (...). Preferir o que é

positivo e múltiplo, a diferença à uniformidade; o fluxo às unidades; os agenciamentos móveis aos sistemas. Considere que o que é produtivo, não é sedentário, mas nômade; não imagine que seja preciso ser triste para ser militante, mesmo que a coisa que se combata seja abominável. É a ligação do desejo com a realidade (e não sua fuga, nas formas da representação) que possui uma força revolucionária... (Foucault, 1977/1996).

Esse guia, “manual de sobrevivência ético” deixado por Foucault, nos indicava um caminho: posição de gestão. Como produzir um modo de gestão que conectasse novamente trabalhadores de saúde ao processo de trabalho produtivo desfazendo a equação dor-ressentimento-trabalho?

Barros e Benevides Barros novamente nos deram uma direção ao destacarem duas diretrizes para o enfrentamento do problema: a co-gestão e a clínica ampliada:

Em ambas diretrizes é o sentido de ampliação que comparece: da gestão e da clínica. A ampliação da gestão se dá, como vimos, pela posição de inseparabilidade entre os termos que a compõem: saberes, sujeitos, poderes. Aumentar o grau de democracia interna das organizações, problematizar a relação entre a atividade da gestão e a gestão da atividade, instalar dispositivos que permitam a circulação da palavra e tomadas de decisão mais participativas são alguns dos modos que acreditamos ser possível a ampliação da gestão. Mas também a ampliação da clínica, seja pela instalação de modos de funcionar que convoquem diferentes saberes/poderes a entrar em relação na construção de objetos de investimentos mais coletivos, seja pela desestabilização da própria noção de clínica (Barros & Barros, 2007: 8).

TRAJETO 4: A GESTÃO NO CECCO-PAS

Esse era o pedido para a equipe de interventores: criar nos serviços essa disponibilidade, essa abertura para uma outra referência em saúde. E foi com

essa intenção que iniciamos, em fevereiro de 2001, a intervenção no Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO) do Parque Previdência gerenciado pelo PAS.

Enquanto subíamos as velhas escadarias do Parque Previdência, acompanhados pelo diretor da administração regional de saúde, fomos tomados por um assombro: O CECCO Parque Previdência tinha mudado, diferia muito do serviço anterior ao PAS. Essa diferença não era um saudosismo, e também não era sentida apenas pela mudança da equipe, nem dos usuários, nem tampouco dos mobiliários da instituição. A atmosfera do CECCO é que não tinha mais o mesmo encanto. Já na entrada podia-se perceber que uma outra gestão do trabalho havia sido ali instaurada: em mesas e salas, divididas por biombos, espalhavam-se usuários segregados em suas patologias ou faixas etárias (idosos, deficientes, crianças com problemáticas escolares) em trabalhos que eram denominados como “oficinas”. Mas de que oficinas falavam?

Certamente não acontecia naquele espaço o trabalho de oficinas cujo trajeto é habitar um campo híbrido, a diversidade; habitar o lugar onde acontecem as misturas e os encontros, e por isso habitar sempre esse espaço fronteiro dos agenciamentos de vários campos. Se um outro modo de gestão havia sido implementado naquele serviço, certamente as intervenções que ali se produziam estavam relacionadas com o método desta gestão.

Para além do encontro com o espaço físico do CECCO, desde a fragmentação provocada pelos biombos, e uma divisão patologizada e terapeutizada das pessoas que ali se encontravam, aquele espaço estava principalmente triste: corpos enclausurados nas próprias atividades, um silêncio disfarçado pela música ambiente de uma rádio FM qualquer. Tudo ali encobria na memória, a alegria dos encontros que outrora experimentamos naquele mesmo espaço físico.

As “oficinas”, dispositivo tão precioso que nasceu como um devir minoritário¹² das intervenções em saúde mental, e foi disparador de tantas inovações no campo da clínica psi, estavam ali totalmente capturadas no seu modo de existência tornando-se padrão de sujeição e controle. Se ali haviam colocado em prática um método de gestão pautado pela doença, as intervenções ainda denominadas de oficinas perderam sua especificidade: a força de agenciamento, e a potência de colocar em jogo o hibridismo da vida.

12 Estou chamando de devir minoritário as saídas dos modelos dominantes.

Instaurou-se um grande estranhamento no reencontro com aquele serviço. Ao entrar no salão de atividades era como se tivéssemos sido jogados num passado que não se lembrava existir. Como fala Calvino em seu livro *As cidades invisíveis*, “a surpresa daquilo que você deixou de ser ou deixou de possuir revela-se nos lugares estranhos e não conhecidos” (Calvino, 2000: 28).

O reencontro com o CECCO não se deu pela alegria dos encontros saudáveis e sim com conversas surdas, com o silêncio dos corpos e gestos sem movimentos, com o trabalho sem vida, com o enclausuramento nas tarefas.

Após um período de espera em que se observava o trânsito do serviço, a diretora nos recebeu com o mapa de produtividade do serviço, informações quantitativas dos atendimentos, se apressando em mostrar dados comparativos dos números de atividades e números de usuários antes e depois do PAS, obviamente, qualificando a superioridade do PAS em relação aos números anteriores.

Era um quadro assustadoramente grande: cinqüenta e duas “oficinas” que se distribuíam pela semana atendendo, segundo ela, “todos os usuários portadores de transtornos mentais, deficientes, idosos, crianças com necessidades especiais, encaminhados pelos serviços de saúde e escolas da região, e encaixados segundo criteriosa avaliação dos técnicos da equipe”.¹³

Em documento desse período verificamos que o CECCO Parque Previdência possuía uma equipe técnica formada por seis profissionais: um assistente social, dois psicólogos, um terapeuta ocupacional, um fonoaudiólogo e um educador em saúde pública, que se revezavam no quadro das cinqüenta e duas oficinas semanais. Os profissionais trabalhavam isolados nas suas atividades e oficinas não havendo a prática de reuniões de equipe para planejamento coletivo das ações e tampouco partilhar do cotidiano institucional. Para a diretora do serviço, os técnicos tinham como função “oferecer atividades para pessoas com problemas especiais”.¹⁴

Segundo o Relatório de Intervenção do CECCO Parque Previdência, PMSP 2001,¹⁵ “a oficina é a única forma de intervenção no CECCO. Não existe nenhuma outra forma de convívio entre as pessoas que freqüentam a unidade”.

13 Registro de entrevista, fevereiro 2001.

14 Relatório de Intervenção do CECCO Parque Previdência, Coordenadoria de Saúde do Butantã, PMSP, 2001.

15 Esse relatório é o único documento que temos do período do PAS, além dos depoimentos de usuários e técnicos do serviço, pois quando chegamos no serviço, não havia nenhum registro relativo a esse período (1996-2001).

Ainda segundo esse documento a população inscrita no CECCO Parque Previdência em fevereiro de 2001 era de 1.125 usuários. Destes somente 115 freqüentavam o serviço regularmente, sendo que 40% estavam diagnosticados como portadores de transtornos mentais, 20% portadores de deficiências, 20% crianças com problemas de aprendizagem, 20% idosos com algum comprometimento físico ou mental.¹⁶

Um clássico serviço de atenção à doença aparecia tanto nos relatórios oficiais do CECCO-PAS como nas entrevistas com a direção da unidade daquele período que novamente encobria a memória dos encontros alegres saudáveis pautados no desejo de se “estar com”.

A gestão desse serviço de saúde estava ali pautada pela inclusão (no serviço) de pessoas ditas “excluídas”. Aqui aparece claramente o conceito de inclusão encontrado muitas vezes nos programas de atenção à saúde: a inclusão como vetor de verticalidade. A oposição inclusão/exclusão como categorias do positivo/negativo, como hierarquização piramidal faz com que os serviços proponham estratégias que visam “atender os excluídos do social”.

As oficinas do CECCO-PAS tinham um compromisso claro com essas estratégias que se propunham à formação de grupos estratificados e doentes.

O diretor da administração regional de saúde, após uma quantitativa apresentação do serviço e do seu funcionamento, comunicou àquela direção, que a instituição seria acompanhada dali para frente por um interventor que teria como objetivo realizar a passagem da unidade, ora gerenciada pelas cooperativas, para a gestão direta da Secretaria Municipal de Saúde.

Assumir o compromisso de iniciar a atividade interventora, foi acompanhado de um emaranhado de sensações, e as perguntas que também nos trouxeram para este trabalho de intervenção e igualmente de pesquisa começaram a insistir: Como fazer funcionar novos regimes de produção de trabalho? Como criar aberturas para novas composições? O que será que não havia ficado retido do CECCO na experiência do PAS? O que continuou em movimento?

16 Os prontuários dos usuários do CECCO-PAS somente continham as informações de identificação e diagnóstico. Acreditamos que isso se deve ao fato de que esse procedimento não estava a serviço do acompanhamento clínico do usuário freqüentador do serviço. Esta inscrição realizada para qualquer transeunte do parque era realizada com finalidade orçamentária. A SMS realizava um repasse fixo *per capita* com base na população cadastrada.

Se o que resta, como nos ensinaram Passos e Benevides Barros, é “o que não resta, o que não fica retido, o que resta é o próprio caminhando enquanto modo de operar: questão de método” (Passos & Barros, 2006). Questão de modo de gestão.

Ora, se o usuários do CECCO haviam ficado submetidos a uma condição homogeneizante pela inclusão dos excluídos (doentes), ainda assim conceitos-chave como inclusão e convivência — centros de convivência — poderiam conduzir à questões e encaminhamentos bastante diversos às diretrizes do PAS.

Reposicionar o problema da inclusão e convivência como a possibilidade de acessar uma dimensão mais inclusiva do social é, diferentemente da experiência do PAS, resgatar o homem comum, buscar ali um povo que faltava, não um povo preexistente, mas entrar num processo de constituição, pois, como propõe Deleuze: a invenção de um povo é a criação de uma saúde, isto é, de uma possibilidade de vida.

E por que estamos afirmando a saúde como uma possibilidade de vida? Se dissemos que o itinerário do CECCO nos levou à gestão de uma saúde poética é por coincidir esses dois termos, afastando-os das alternativas dicotômicas: *ou, ou*. A saúde a partir desta perspectiva é um modo de existência: “é o expresso de um agenciamento concreto de vida. (...) A invenção de novas possibilidades de vida supõe, portanto, uma nova maneira de ser afetado” (Zourabichvili, 2000: 338).

Para reposicionar o conceito de convivência, podemos pensá-lo com Maturana, pois ressoa com a idéia de inclusão que temos aqui trabalhado, a inclusão como a criação de uma possibilidade de vida. Para o autor convivência é este espaço/tempo das relações dos sistemas, é “lugar” de perene criação/recriação da vida, à medida que se constitui como social na perspectiva mencionada acima (Maturana, 2004).

Inclusão e convivência nesta perspectiva são processos de criação de vida e, portanto, criação de uma saúde.

É importante ressaltar que, desde 2001, início do governo, um dos projetos prioritários dessa gestão era explodir o PAS, e seu modo de operar na saúde pública do município. A violência e a dimensão verticalizante que marcaram o modelo PAS eram vistas não só pelos trabalhadores da saúde, mas por grande parte da sociedade civil como marcas de um governo autoritário e excludente. Além disso, a desarticulação com outras instâncias governamentais (governos Estadual e Federal),

e não governamentais, mantinha, como já dissemos anteriormente, a saúde desta cidade privada de um sistema de atendimento à saúde de âmbito nacional, o SUS. E quando digo excludente é por considerar que este modo de gestão não possibilitava aberturas para uma perspectiva de conexão, não incluindo com isso o coletivo em qualquer de suas dimensões.

Mas como interromper o funcionamento de um sistema de saúde, na maior cidade do País, sem praticar a mesma violência com que ele foi implantado? Como não causar, à população atendida, o mesmo desconforto, os mesmos traumas, as mesmas dificuldades, ou ainda, como não realizar as mesmas promessas de um modelo ideal, marca da implementação do PAS no município, e com isso fechar novamente um campo de possíveis?

Para Zourabichvili (2000: 346),

fechar o possível não equivale, de forma alguma, a esgotá-lo: é apoiar violentamente o devir no nada. Dois efeitos podem derivar daí: que as pessoas tenham medo de devir porque eles só deixam vislumbrar o nada, a si mesmo como nada (dobra arcaizante), ou que nada mais tenham para querer senão o nada (dos vândalos aos terroristas). A violência torna-se, então, primeira, fim em si, a vontade nada mais tendo para querer senão o que lhe é proposto, ou seja, nada: *vontade de nada*.

Nas reuniões iniciais com o grupo de interventores, e também com os novos dirigentes, o então secretário municipal de saúde tinha como preocupação instaurar uma atmosfera de suavidade no período de transição, embora todos soubéssemos que essa era uma tarefa difícil já que os trabalhadores que voltavam aos seus postos de trabalho tinham sido, em sua grande maioria, vítimas da violência do PAS. Tal como num pós-guerra, situação em que os torturados e banidos podem retornar, tendo nas mãos seus torturadores, um desejo de vingança pairava nas conversas de bastidores.

Mas esse desejo de vingança, aliado a uma aura de delicadeza, pode ser experimentado como positivo, pois a partir daí abriu a possibilidade de saída de um sintoma mórbido (o ressentimento, a resistência que obstaculiza) para alcançar uma nova saúde, atingir a consistência positiva da política: retornar ao trabalho, trabalhadores afastados do trabalho vivo, entendendo trabalho vivo como “pura e simplesmente potência de criar onde só há vazio” (Negri, 2000: 199).

Já dissemos acima que durante a vigência do PAS os trabalhadores em saúde, impossibilitados de participar de políticas públicas, o público aqui entendido como as experiências concretas do coletivo, foram deixados imersos num trabalho morto — só lhes restava o ressentimento — e a retomada de uma atividade construtiva foi importante catalisador de vida para todos.

Tratava-se de apostar na montagem de dispositivos para modulação institucional, utilizar esse potencial rompendo com as cooperativas privadas do PAS, produzindo coletivamente um trabalho cooperado, um entrelaçamento entre os trabalhadores em saúde e a comunidade atendida, e assim produzir novos modos de cuidar e gerir a saúde.

Nesse sentido, o trabalho de gestão iniciado naquele momento de intervenção no CECCO, foi tomado como um dispositivo de agenciamento. Agenciar pode ser visto aqui como uma estratégia de criar uma zona em que a instituição pudesse entrar em contágio com o mundo, entrar em contato com o seu fora, isto é, o fora que insistia na máquina de Estado e que podemos chamar de plano do coletivo. “O agenciamento é um novo recorte, um novo estriamento, uma nova distribuição que implicam operar em um espaço e em um tempo especiais, intensivos e não previamente dados” (Zourabichvili, 2000: 342).

Num primeiro momento a função dessa gestão — entendendo a intervenção como gestão, e a gestão como intervenção — foi reconstituir um espaço cotidiano de convívio entre os técnicos que voltavam ao trabalho, e os usuários com suas reivindicações de tratamento. Provocar ali possibilidades de encontro, e encontrar no sentido de produzir esse agenciamento, esse máximo de conexões.

Essa estratégia tratou de criar, desde o início, um sistema de co-gestão para assim fazer a instituição funcionar no seu limite. Criar a possibilidade do CECCO se exercer como instituição fronteira — fronteira não que separa mas que por princípio pode funcionar no “entre”. A gestão nesse sentido foi produzida no eixo da transversalidade, numa operação entre a máquina de Estado e o plano do coletivo. Em vez de fazer o CECCO funcionar por sua essência, o caminho de gestão foi fazer funcionarem as suas potências.

Todo esse caminho que realizamos tomando o PAS como ponto de partida não foi uma escolha retórica, tampouco o combate de uma militância ressentida contra uma forma político-partidária: um julgamento contra o PAS.

Nosso trajeto consistiu basicamente em cartografar o intolerável desse período (para a saúde, para os trabalhadores em saúde), as formas duras da máquina de Estado, que despotencializaram um modo de vida e produção de saúde coletiva. E se apostamos nesse caminho foi porque por meio dele se fez a urgência de construção de um método de gestão que invertesse essa lógica individualizante e fascista de gerir a vida.

Nosso método de tríplice inclusão, esse método rizomático, tornou possível esse combate porque “a descrição se faz ato, descrição-intervenção que constitui no mesmo movimento aquilo que descreve. Ato-descrição que já põe algo a funcionar sendo ele mesmo efeito de uma funcionalidade” (Passos & Barros, 2007: 6).

Com isso posto podemos pensar que esse método funciona como um procedimento de combate, mas se trata do combate na imanência:

esses combates-contra encontram sua justificação em combates-entre que determinam a composição das forças no combatente. É preciso distinguir o combate contra o Outro e o combate entre Si. O combate-contra procura destruir ou repelir uma força (lutar contra “as potências diabólicas do futuro”), mas o combate-entre, ao contrário, trata de apossar-se de uma força para fazê-la sua. O combate-entre é o processo pelo qual uma força se enriquece ao se apossar de outras forças somando-se a elas num novo conjunto, num devir (Deleuze, 1997: 150).

Como nos esclarece Orlandi em aula ministrada este ano na PUC, Programa de Psicologia Clínica: “o combater na imanência é tanto mais consistente quanto mais ele consegue transversalizar as intensidades dos “combates-contra” por força das intensidades dos “combates-entre”.

TRAJETO 5: O CECCO E SEU ENTORNO

Continuando nossas andanças, ainda cartografando o caminho de gestão no CECCO, é importante percorrer a singularidade do meio de saúde em que ele está inserido, pois esse meio reflete naqueles que o percorrem.

Como temos afirmado nesta pesquisa, a cidade de São Paulo viveu, nos anos que se seguiram à implantação do PAS, um período de retrocesso no que tange às políticas públicas de assistência em saúde.

No que diz respeito à saúde mental, o PAS comprometeu várias ações importantes da rede pública. Nesse período rompeu-se com uma cultura que se pautava pelo ideário da reforma psiquiátrica. Essa ruptura esgarçou larga rede de serviços, além de retirar de cena profissionais envolvidos em experiências inovadoras em saúde mental.

Assim verificamos uma intensificação do processo manicomial em que o sofrimento psíquico foi simplesmente tratado como fonte de lucro. Nessa realidade usuários e técnicos foram submetidos às mesmas condições de cronicidade institucional.

Algumas pesquisas já permitiram quantificar o êxodo forçado de servidores da Secretaria Municipal de Saúde, como estratégia para implementação do PAS e analisar algumas conseqüências desse êxodo na administração pública da saúde (Cohn & Elias, 1999).

Especialmente no campo da saúde mental, estudo realizado pela Associação SOS Saúde Mental (ONG com trajetória iniciada no movimento popular de saúde da Zona Leste de São Paulo), em 1996, demonstrou a queda no número de serviços de saúde mental substitutivos aos manicômios, a diminuição no número de profissionais atuando em saúde mental (1.200 em 1995, e 750 em 1996), e a expressiva diminuição da população atendida (153.396 pessoas/ano em 1993, 114.896 em 1995, e 98.712 em 1996) (Galletti, 2004).

Essa realidade se fez presente também na Coordenadoria de Saúde Centro Oeste, especificamente na Supervisão de Saúde do Butantã (órgão gestor das unidades de saúde da região que inclui o CECCO Previdência). A região passou, com a extinção do PAS, por um intenso processo de reorganização da saúde pública municipal. Com relação à saúde mental, estabeleceu-se, desde então, estratégias para essa reorganização.

Naquele momento contávamos com poucos serviços de referência em saúde mental, somado a uma escassez de recursos humanos específicos.

Com isso, toda a demanda de saúde mental do território foi distribuída entre as UBS Vila Borges, UBS Vila Dalva, UBS Jardim Jaqueline, UBS Jardim D'Abril, e

Centro de Saúde Escola Butantã, que se tornaram unidades de referência em saúde mental para outras UBSs da região (na Supervisão de Saúde do Butantã somam-se, atualmente, quatorze UBSs).

Para potencializar e ampliar esta resposta à demanda de saúde mental, foi estabelecida uma forte integração com o CECCO Parque Previdência, e com outros recursos públicos e comunitários: CEA (Centro de Educação Ambiental), Associações Vila Borges e Jardim D’Abril.

Atualmente contamos com uma rede de assistência em saúde mental que difere em muito da rede de assistência anterior ao PAS, no que se refere ao número e diversidade de profissionais. Essa diferença exigiu uma reorganização da própria assistência e conseqüentemente mudanças na estratégia de intervenção.

Na Supervisão de Saúde do Butantã existe, atualmente, uma rede de serviços em saúde mental que conta com as UBSs já citadas, Centro de Atenção Psicossocial, Ambulatório de Especialidades Peri-Peri, e CECCO. Esta rede está dividida entre rede básica e serviços especializados.

A Rede Básica em Saúde Mental compreende os serviços:

- Unidades Básicas de Saúde
- Unidades de Saúde da Família

Os Serviços Especializados em Saúde Mental são:

- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
- Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO)
- Ambulatório Especialidade (Peri-Peri).

TRAJETO 6: A REDE DE SAÚDE MENTAL E O CAPS

Apesar da política de Organização da Atenção em Saúde Mental na Cidade de São Paulo ser compreendida por rede básica e serviços especializados, a prioridade da Secretaria de Saúde do Município, nesse período, em consonância com o Ministério

da Saúde, foi a construção ou mesmo a transformação de outros serviços de saúde mental em Centros de Atenção Psicossociais.

A rede de atenção municipal em saúde mental não incluía anteriormente em seu conjunto, o CAPS como serviço. Na montagem dessa rede em 1989, os hospitais-dia em saúde mental foram uma alternativa ao CAPS, como dispositivo de cuidado intensivo e semi-intensivo em saúde mental. Outros serviços além da rede básica como o CECCO e Emergência Psiquiátrica também compunham a rede municipal.

Segundo Onocko-Campos,

os CAPS configuram-se como serviços comunitários ambulatoriais e regionalizados nos quais os pacientes deverão receber consultas médicas, atendimentos terapêuticos individuais e/ou grupais, podendo participar de ateliês abertos, de atividades lúdicas e recreativas promovidas pelos profissionais do serviço, de maneira mais ou menos intensiva e articuladas em torno de um projeto terapêutico individualizado voltado para o *tratamento e reabilitação psicossocial*, devendo também haver iniciativas extensivas aos familiares e às questões de ordem social presentes no cotidiano dos usuários” [grifos nossos] (Onocko & Furtado, 2006).

Os CAPS foram criados como estratégia nacional a partir da Portaria Ministerial 336/GM. Segundo dados da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, “durante o primeiro governo Lula os gestores também foram incentivados a expandir a rede CAPS a partir dos municípios de maior porte. A relação serviço/população de fato é um dos principais indicadores da adequação da rede às demandas da população. Como resultado desse processo, a rede CAPS totalizou 1.011 serviços no ano de 2006” (Ministério da Saúde, 2007).

O documento informa que os CAPS estão presentes em todos os estados do Brasil assim distribuídos:

- 430 CAPS I,
- 320 CAPS II,
- 37 do tipo III,
- 75 CAPS Infantis e
- 138 CAPS Álcool e Drogas

A Portaria 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, que define as diretrizes para o funcionamento dos CAPS, categoriza-os por porte e clientela, com as seguintes denominações:

- CAPS I, serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20 mil e 70 mil habitantes, funcionando em dois turnos de 8h00 às 18h00, cinco dias por semana podendo comportar um turno a mais até às 21 horas;
- CAPS II, em municípios entre 70 mil e 200 mil habitantes, com igual funcionamento do CAPS I;
- CAPS III, em municípios com população acima de 200 mil habitantes, funcionando em serviço de atenção contínua durante 24 horas, inclusive finais de semana e feriados;
- CAPS Infantil, [I e II], destinados ao atendimento de crianças e adolescentes;
- CAPS Álcool e Drogas, [ad II, b], para pacientes com transtornos decorrentes do uso e da dependência de substâncias psicoativas.

De acordo com o artigo 1º, § 1º, da citada Portaria:

As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental (...) e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, conforme definido adiante.

No parágrafo 2º a portaria determina que:

Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território.

Mas embora, a portaria determine que o CAPS deva funcionar segundo a lógica do território, é uma lógica contrária à construção de uma rede de serviços, entendendo a rede segundo a concepção de rizoma de Deleuze e Guattari (melhor explicada na Terceira Cartografia desta tese) na qual não há um serviço-centro que organize esse território.

Esse documento propõe claramente para esse serviço um papel de organizador da demanda, e da rede de cuidados em saúde mental do seu território, o papel de regulador da porta de entrada da rede de assistência, além de supervisionar e capacitar outros serviços de saúde mental da rede.

Esta lógica “Capslocêntrica” de atenção criou, a meu ver, várias distorções no que diz respeito à cidade de São Paulo. Esta cidade tem em sua cultura assistencial um modelo em que a Unidade Básica de Saúde (UBS) sempre foi a porta de entrada do usuário no serviço de saúde. Nesse sentido os usuários de saúde mental não estão fora desta lógica de atenção. Assim sendo o regulador da atenção de saúde de cada território não pode ser um serviço especializado mas sim a rede básica de atenção em saúde.

Atualmente, a cidade de São Paulo conta com 43 CAPS em funcionamento. Além dos CAPS a Secretaria Municipal de Saúde conta com outros tipos de unidades onde desenvolve ações em Saúde Mental: Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad II, b), Centros de Convivência e Cooperativa (CECCO), Enfermarias de Saúde Mental em Hospital Geral, Emergência Psiquiátrica em Hospital Geral e Pronto Socorro, e Residência Terapêutica.

Na Supervisão de Saúde do Butantã contamos com 14 unidades básicas de saúde (das quais 5 são referência em saúde mental), 1 CAPS adulto, 1 Ambulatório de Especialidade com equipe de saúde mental infantil, 1 Centro de Convivência e Cooperativa. Temos procurado trabalhar (com todas as inconveniências das mudanças de governo) com uma lógica de atenção em saúde que é centrada na concepção de rede (sem centro), e assim entendido o CAPS com uma das estratégias de intervenção de que dispomos. Esse modo de gestão (ou pelo menos essa direção) tem minimizado os efeitos capslocêntricos na região, e intensificado as experiências construídas em rede.

Não intencionamos nesta pesquisa, realizar uma avaliação dos CAPS, tampouco das políticas de saúde mental da cidade, embora saibamos da pertinência de discussões sobre o tema. Entretanto, essa não é a temática central do nosso trabalho; o que queremos, sim, é afirmar tanto o CAPS como os outros equipamentos de saúde mental como linhas da rede de saúde. Desse modo entendemos que são intercessores do CECCO, e da função gestão no CECCO, à medida que experimentam a rede como processo perene de conectividade.

*“O território é, ele próprio, lugar de passagem.
O território é o primeiro agenciamento,
a primeira coisa que faz agenciamento,
o agenciamento é antes territorial.
Mas como ele já não estaria atravessando outra coisa,
outros agenciamentos?
É por isso que não podíamos falar da constituição
do território sem já falar de sua organização interna.”
Gilles Deleuze e Félix Guattari, Mil Platôs
(1997: 132)*

TERCEIRA CARTOGRAFIA: O Caso do CECCO Parque Previdência como expressão de uma experiência intensiva

TRAJETO 1: DA GESTÃO DE UM SERVIÇO À CONSTRUÇÃO DE ESTRATÉGIAS

Relembramos que o Centro de Convivência e Cooperativa Parque Previdência (CECCO) é um dos serviços que compõe a rede de saúde mental da Supervisão Técnica da Coordenadoria de Saúde Centro-Oeste da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo.

Existem inúmeros caminhos para narrar esse serviço, do qual emanam linhas diversas de intervenções. “Acreditamos que as linhas são os elementos constitutivos das coisas e dos acontecimentos. Por isso cada coisa tem sua geografia, sua cartografia, seu diagrama. O que há de interessante, mesmo numa pessoa, são as linhas que a compõem, ou que ela compõe, que ela toma emprestado ou que ela cria” (Deleuze, 1996: 47).

Esta cartografia percorre os trajetos de gestão que foram se constituindo no CECCO, desenhando um método de gestão pensado como linha agenciadora de territórios existenciais, tanto para os usuários como para os trabalhadores deste serviço: o trabalho do CECCO concebido como uma “rede de conversações”.

A partir de como Ricardo Teixeira entende a questão do acolhimento em saúde, tomamos essa proposta para o CECCO afirmando com isso, não o que o CECCO faz para o funcionamento da rede de saúde, mas como o faz, “o modo como esta técnica de conversa define a dimensão pragmática do encontro, os domínios de ação (emoções, afetos), e de significação (linguagem, conhecimento), e as utilizações possíveis do próprio encontro” (Teixeira, 2005a).

Teixeira fala que “de um ponto de vista micropolítico, tal arte ou técnica de conversa é uma contribuição genuína para o problema contemporâneo da democracia, concebendo-a nas relações cotidianas, como a possibilidade do exercício de uma *democracia viva em ato*” (Teixeira, 2004/2005). A rede de conversações assim pensada é um agenciamento que transita de uma multiplicidade a outra.

Quando, em 1989, foram criados esses serviços na cidade de São Paulo, uma cultura antimanicomial urgia por uma rede de serviços substitutivos, e pela construção de estratégias em saúde mental que se colocasse frente a todo um conjunto de atitudes fundadas na intolerância, atitudes em grande parte reforçadas pelo poder psiquiátrico que se tentava modificar.

Os CECCOS, como parte dessa rede de serviços substitutivos, tinham como principal objetivo instaurar comunicações, estabelecer relações, criar pontes entre o que comumente denominamos clínica e social, isto é, permitir que os usuários de saúde mental, e também outras parcelas da população com problemática social e de saúde, tivessem acesso a espaços públicos como os parques, as praças, os centros comunitários, os centros esportivos, e outros, num trânsito mais espontâneo pela cidade, percorrendo, assim, inserções efetivas no mundo coletivo.

Vale a pena dizer que numa cidade como São Paulo, onde os espaços públicos de lazer e de compartilhamento de experiências estão cada vez mais escassos, pois são valorizados os espaços privados — como condomínios, shoppings centers e clubes — restritos a uma pequena camada social e de difícil acesso à população mais periférica, os CECCOS surgiram como possibilidades de resgate do espaço público, promovendo, de fato, novas organizações em torno desses universos e refazendo artesanalmente pontos de referência cultural perdidos ao longo do tempo (Galletti, 2004).

Essa experiência também apareceu na direção de uma abertura inovadora do campo da saúde mental ao campo social, isto é, na busca da ampliação dos

horizontes vitais dos pacientes, retirando-os de uma espécie de limbo e de uma circulação restrita dos meios de tratamento para a circulação pelos labirintos da cidade (idem).

Naquela ocasião, além dos CECCOS, surgia uma rede de serviços: Hospitais-Dia; Emergência Psiquiátrica; Unidades Básicas de Saúde com equipes de saúde mental; Centros de Atenção Psicossocial. Alternativa ao manicômio e às práticas baseadas em preconceitos e poderes de dominação.

Se, até o presente momento, a cultura antimanicomial e a reforma psiquiátrica brasileira não conseguiram abolir totalmente as internações psiquiátricas abusivas muito já se avançou nos dispositivos de proteção ao sofrimento psíquico além de já se ter organizado modalidades diversas no que tange à inserção do usuário de saúde mental na trama social.

Mas, se é verdade que isso já acontece, por que será que ainda hoje necessitamos de serviços de saúde mental na cidade de São Paulo, com estas consignas: “convivência e inclusão”? Qual é hoje o manicômio que ainda temos que enfrentar?

Considerando esta questão, é interessante situar qual a função social que esse serviço tem ocupado, não só na rede de saúde mental, mas no território onde ele está instalado. Ao empregar o conceito de território, não nos referimos somente ao espaço geográfico do serviço mas dialogando com Deleuze e Guattari:

Inspirado antes na etologia do que na política, o conceito de território decerto implica o espaço, mas não consiste na delimitação objetiva de um lugar geográfico. O valor do território é existencial: ele circunscreve, para cada um, o campo do familiar e do vinculante, marca as distâncias em relação a outrem e protege do caos. O investimento íntimo do espaço e do tempo implica essa delimitação, inseparavelmente material (consistência de um “agenciamento”) e afetiva (fronteiras problemáticas de minha “potência”). O traçado territorial distribui um fora e um dentro, ora passivamente, percebido como o contorno intocável da experiência (pontos de angústia, de vergonha, de inibição), ora perseguido ativamente como sua linha de fuga, portanto como zona de experiência” (Zourabichvili, 2004: 46).

Se, a partir disso, tomarmos o CECCO como um território que constrói e agencia outros tantos territórios, podemos também pensá-lo como emaranhados de linhas, um labirinto, como o proposto por Umberto Eco no prefácio do livro *O nome da rosa*.

Para Umberto Eco (1985: 47) um tipo de labirinto pode ser “a rede, ou seja, aquilo que Deleuze e Guattari chamam de rizoma. O rizoma é feito de modo que cada caminho possa ligar-se com qualquer outro. Não tem centro, não tem periferia, não tem saída, porque é potencialmente infinito”.

Esse conceito-método, princípio para muitos autores que aqui utilizamos, foi definido a partir de seis características. Características que definem o modo de funcionamento do rizoma:

- princípio da conexão e heterogeneidade: qualquer ponto do rizoma pode ser conectado a qualquer outro ponto. O modelo do rizoma, nesse sentido, é diferente do modelo da árvore que tem um centro e um ponto fixo a partir do qual todas as ramificações acontecem;
- princípio da multiplicidade: o princípio do rizoma é de autocriação, não de uma totalidade unificada;
- princípio da ruptura a-significante: o rizoma é composto de linhas, “oposto a estrutura, que se define por um conjunto de pontos e posições, por correlações binárias entre estes pontos e relações biunívocas entre estas posições, o rizoma é feito somente de linhas” (Deleuze & Guattari, 1995: 32).
- princípio da cartografia e da decalcomania. O pensamento sobre o rizoma não é de natureza representativa, ao contrário, é o princípio metodológico da inventividade. É o primeiro princípio metodológico da filosofia de Deleuze e Guattari, que pode parecer um antimétodo, pois a meta não está antes do percurso a percorrer.

Mas a experimentação desse método, ou antimétodo como preferem os autores, exige que o façamos com operadores de prudência: “Eis porque Deleuze e Guattari podem dizer que o rizoma é questão de cartografia, isto é, de clínica ou de avaliação imanente. Acontece, sem dúvida, de o rizoma ser imitado, *representado*,

e não produzido, e servir de álibi a amálgamas sem efeito ou a logorréias fastidiosas, pois se acredita que basta que as coisas não tenham relação entre si para que haja interesse em vinculá-las. Mas o rizoma é tão benevolente quanto seletivo: ele tem a crueldade do real, e só cresce onde efeitos determinados têm lugar” (Zourabichvili, 2004: 100).

Assim nessa vigilância permanente, o método rizoma muito contribui para entender e posicionar a função do CECCO na rede de saúde. A gestão desse serviço levou à criação de estratégias que produziram um serviço-estratégia que é hoje um modo de produção em saúde, e é a partir desse modo que estamos caminhando com a experiência.

Esse modo de experimentar o serviço, de caráter híbrido de produção de encontros, pode operar, na rede de saúde e no território, como um dispositivo que conecta campos, que conecta as pessoas pela experimentação desses campos, como a arte, o trabalho, o lazer, efetuando dessa forma experimentações de diferenciação, de diversidade, de vida como pluralidade; é o esforço coletivo de animação e de intercessão em prol de um movimento de imantação de múltiplas alternativas capazes de agitar as formas duras.

Claro que isso não é simples, e também não queremos utilizar o conceito de rizoma, como nos adverte Deleuze e Guattari, como um ideal, um dever ser. A idéia de pensar um serviço de saúde mental como uma rede rizomática, como uma estratégia em saúde, um modo de produção em saúde, é uma poética de criar espaços que estejam permanentemente em produção, permanentemente em experimentação, sem origens que o determinem para que possa ser sempre relançado alhures.

Como bem nos esclarece Zourabichvili (2000: 353).

a experimentação para Deleuze e Guattari, nada tem a ver com esses jogos de existência em que a parte do acaso é bastante exígua. Tateante, discreta, em parte inconsciente, duplicada pelas lutas coletivas por direitos inéditos que permitam sua efetuação, ela se confunde com a própria existência, quando esta lida com um remanejamento profundo de suas condições de percepção, e com os imperativos afetivos que dele resultam.

É uma modalidade de êxodo que retira o serviço do lugar de estrutura e o recoloca no território como máquina, uma máquina de subjetivação, pois,

a máquina tem qualquer coisa a mais que a estrutura porque não se limita a um jogo de interações, que se desenvolve no espaço e no tempo, entre os seus componentes, mas possui um núcleo de consistência, de insistência, de afirmação ontológica, que é prévio ao desenvolvimento nas coordenadas energético-espaço-temporais (Guattari, 2003: 44).

E com Guattari pensamos núcleo de consistência como vetores pelos quais passam os intercessores, mas sem que a permanência deles nos vetores se cristalize.

Assim considerado, os CECCOS podem ser, como nos diz Guattari e Rolnik em outro texto, um Intercessor de um novo tipo,

dispositivos que (por meio de suas intervenções) permitem criar tanto estruturas de defesa, como estruturas mais ofensivas; dispositivos que permitem criar aberturas e contatos, impossíveis de se realizarem no isolamento. E quando digo isolamento não é somente criar aberturas e contatos para os usuários, mas abrir a própria instituição e suas estruturas técnicas (Guattari & Rolnik, 2000: 125).

Nesse sentido entendemos os CECCOS como dispositivos permanentemente vivos, porosos, encarnados no próprio campo social em relação de complementaridade, de escoramento, enfim, em uma rede rizomática — pura experimentação.

O conceito de Deleuze de Intercessor também nos é fundamental para pensar a construção dessa rede rizomática, pois os intercessores podem ser pessoas, técnicos, artistas, artifícios diversos, plantas, animais, que entram em relação de ressonância por razões intrínsecas, que percute um no outro, “como espécies de linhas melódicas estrangeiras umas às outras e que não cessam de interferir entre si” (Deleuze, 1996: 156). Mas, para Deleuze, tudo acontece por dom ou captura, nada de acompanhar o movimento do vizinho, mas construir seu próprio movimento.

Ora, então quando falamos nessa permanente produção de redes não estamos aqui sugerindo qualquer tipo de rede. É a rede de fabricação de intercessores. Na organização social, na qual nos encontramos, de condição socioeconômica distinta da de 1989, quando os CECCOS foram criados, época em que nosso inimigo podia ser mais facilmente localizado no Hospital Psiquiátrico e nas instituições totalitárias, as redes se tecem obrigatoriamente com outros dispositivos sociais.

Neste novo milênio, nestes tempos de globalização cuja rede hegemônica é a do capital e, portanto, da geração descontrolada de exclusão social, a rede que propomos para o CECCO é outra, é a rede que podemos chamar de “rede quente”,¹⁷ rede de resistência e criação, isto é, aquela na qual as experiências sociais se multiplicam, e proliferam as informações não oriundas dos canais oficiais; por onde crescem os saberes espontâneos, rede de produção de comunidade, não imediatamente caudatária da “rede fria” do capitalismo mundial integrado.

A rede do CECCO é de produção de solidariedade, e pretende ser uma rede de afirmação diferencial num campo que sofre investidas do Capital, uma rede de resistência às formas homogeneização do *socius*; é a rede que procura criar aberturas para processos heterogênicos que afirmem a possibilidade de novos modos de convívio.

Nesse sentido, as redes como Intercessores, podem agir na complexa tarefa de transversalizar o funcionamento de um serviço de saúde e as instâncias que formulam as políticas públicas de saúde, definidas como políticas de combate com o Estado, “essa poderosa vitalidade não-orgânica que completa a força com a força e enriquece aquilo de que se apossa” (Deleuze, 1997: 151).

Teixeira também contribui para nossa tarefa quando fala que,

trata-se, enfim, de um dos modos pelos quais se pode evidenciar a incidência eminentemente afetiva do trabalho em saúde e o quanto essa produção “intangível” está fortemente condicionada por suas técnicas de conversa. As redes de trabalho em saúde — essas extensíssimas redes de conversações — passam, assim, a ser pensadas como redes de trabalho afetivo, no sentido de que o essencial nelas é, de fato, a criação e a manipulação dos afetos (Teixeira, 2004/2005).

Isso posto, entendemos que hoje, nossa tarefa na rede é potencializar a abertura às diferenças, cartografar estratégias de resistência à exclusão no território, propor uma ética espinosana de composição, sempre na imanência das experiências, potencializar a possibilidade de coexistir uma pluralidade de modos de existência contra a hegemonia de um modo padrão de homem.

17 A idéia de rede quente e rede fria foi-nos trazida por Eduardo Passos e Regina Benevides Barros em aula do Grupotrans (Grupo independente de estudos sobre a transdisciplinaridade coordenado pelos autores).

Com essa interpretação vemos que os CECCOS estarão construindo políticas públicas, políticas concretas, de experiências concretas, quer dizer, políticas realizadas no plano do coletivo, na amplificação das forças do coletivo, na contramão de uma das dimensões das políticas de Estado, as políticas extensivas, políticas das normas, oficiais e verticalizadas.

Se entendemos a tarefa da convivência no CECCO como a capacidade do serviço de inventar tecnologias potencializadoras de redes sociais, o mandato social de atenção desse serviço é atender à comunidade fazendo rede, fazendo comunidade.

Joel Birman, coloca que “foi no campo da sociologia que o conceito de comunidade foi forjado na sua especificidade, num nítido contraste com o conceito de sociedade que se constituiu no século XIX”. Na oposição entre local e global o autor fala que a concepção de comunidade estava vinculada a uma “experiência de totalidade”, em contraposição a uma idéia de “fragmentação que marcaria a modernidade do social” (Birman, 2002: 61).

Mas segundo esse autor, na atualidade, a noção de comunidade não é a mesma e “indica a multiplicidade de formas possíveis de existência social, antes de mais nada. Destaca-se agora a pluralidade de ordens sociais existentes no interior de uma dada ordem social, pela qual a ênfase na diversidade e na diferença se conjugam com a noção de singularidade” (ibidem: 60).

Já Jean-Luc Nancy, fala que: “A sociedade não se construiu sobre a ruína de uma comunidade (...) a comunidade, longe de ser o que a sociedade teria rompido ou perdido, é o que nos acontece — questão, espera, acontecimento, imperativo — a partir da sociedade. (...) Nada foi perdido, e por esta razão nada estará perdido” (Nancy, 2002: 46).

Essa idéia de Nancy é muito cara ao trabalho no CECCO. Tomar a comunidade como o que nos acontece traz uma mudança radical no trabalho no território, pois sabemos como os profissionais da saúde, ainda muito influenciados pela medicina sanitária, assumem no trabalho um papel normalizador do social, numa estratégia de controle social, desapropriando a população atendida dos seus próprios saberes criando com isso modelos de gerir a vida. Como diz Juliano Pessanha (1999) esses profissionais podem ser muitas vezes identificados como “carcereiros da vida” ou trabalhando em um “negócio da administração da vida”.

Na mesma direção, Rogério Costa Santos nos fala que:

os recentes analistas de rede apontam para uma mudança no modo como se compreende o conceito de comunidade: novas formas de comunidades surgiram, o que tornou mais complexa nossa relação com as antigas formas... Se solidariedade, vizinhança e parentesco eram aspectos dominantes quando se procurava definir uma comunidade, hoje eles são apenas alguns dentre os muitos padrões possíveis das redes sociais (Costa Santos, 2005).

Ricardo Teixeira propõe para o trabalho em saúde, uma idéia de “zona de comunidade” a partir da idéia espinosana da convivência mútua dos corpos em prol de uma configuração melhor para os envolvidos em encontros. Para Espinosa as relações constitutivas de um que se compõem com relações constitutivas de outrem formam um todo mais potente capaz de potencializar os envolvidos nos encontros.

A cada mudança de gestão pública, momentos na administração em que reaparecem com mais força as linhas de segmentaridade duras do Estado nas suas ameaças de extinção de serviços, ou mesmo nas modificações verticalizadas dos modos de funcionamento, entendemos necessário convocar o itinerário dos CECCOS que caminha na necessidade de implementar, no território, forças de criação: criação de redes; criação de vidas em comum; de vida pública, entendendo a vida pública como a arte de produzir encontros na diferença.

A força deste dispositivo, que vem se mantendo com poucos investimentos políticos, administrativos, e econômicos, está, não nas portarias e nas normatizações que o definem, mas na sua precariedade constitutiva, construído na conexão com vários campos, extravasando as fronteiras científicas e, portanto, elevando a experiência clínica no seu mais alto grau, quer dizer, rompendo a barreira que separa a clínica do social. Novamente reafirmamos com Deleuze que a força desse dispositivo está nas potências que dele emanam, e não na essência que o define.

Com isso pensamos que os CECCOS produzem outras formas de subjetividade que podem subverter, ainda que parcialmente, os padrões majoritários de assistência à saúde.

Na contramão da história em curso, em que tendem a se apagar não apenas os grandes projetos revolucionários, mas todas as formas do conflito político,

penso os CECCOS como dispositivos de agenciamento de redes no território; redes de construção de sociedades, e territórios onde exista lugar para qualquer um independente de geografia ou cultura.

E, se estamos aqui convocando o caráter de dispositivo do CECCO, é porque queremos pensá-lo como “antes de qualquer coisa uma meada, um conjunto multilinear, composto por linhas de natureza diferente. E, no dispositivo, as linhas não delimitam ou envolvem sistemas homogêneos por sua própria conta, como o objecto, o sujeito, a linguagem etc., mas seguem direções, traçam processos que estão sempre em desequilíbrio, e que ora se aproximam, ora se afastam umas das outras” (Deleuze, 1996a: 83).

E é nessa direção que temos problematizado a própria proposta inicial dos CECCOS — como de tantos outros serviços — de se constituírem como serviços que imaginavam para si a tarefa de inclusão social de indivíduos ou grupos populacionais em situação de exclusão. Repetindo, o que propomos aqui é uma inversão dessa idéia de inclusão reafirmando-a puro agenciamento, possibilidade de conexão. A inseparabilidade entre atenção e gestão já é um processo de inclusão. Este é o modo de estar na saúde.

Pensar o CECCO como dispositivo de saúde trata-se de pensá-lo como um serviço que se distribui em espaço aberto, e isso não quer dizer estar apenas localizado num parque público, mas, sobretudo, ter a possibilidade da sua concepção surgir em qualquer ponto da rede pública de saúde, habitar um espaço liso, o que para Deleuze e Guattari é habitar o plano de imanência.

Se estamos dizendo que o CECCO deve se constituir como um modo de produção em saúde é porque indicamos com isso uma certa maneira de ocupar o espaço: a máquina de guerra, invenção do nômade: “nós definimos a máquina de guerra como um agenciamento linear que se constrói sobre linhas de fuga. Nesse sentido, a máquina de guerra não tem absolutamente por objeto a guerra; ela tem por objeto um espaço muito especial, *espaço liso*, que ela compõe, ocupa e propaga. O *nomadismo* é precisamente essa combinação máquina de guerra-espaço liso” (Deleuze, 1996: 47).

Mas esta perspectiva nos força a acionar, como nos propõe Deleuze novos operadores de prudência para que a máquina de guerra não se transforme em máquina de destruição. Vejamos essa passagem de *Mil Platôs*:

Uma vez desencadeado, seu mecanismo não pode desembocar na paz, pois a estratégia indireta instala efetivamente o poder dominante fora das categorias usuais do espaço e do tempo (...) É no horror da cotidianidade e do seu meio que Hitler encontrará seu mais seguro instrumento de governo, a legitimação de seu governo e de sua estratégia militar, e isto até o fim, pois longe de abater a natureza repulsiva de seu poder, as ruínas, os horrores, os crimes, o caos da guerra total normalmente só farão aumentar sua extensão. O telegrama 71 — *Se a guerra está perdida, que pereça a nação* — no qual Hitler decide somar seus esforços aos de seus inimigos para consumir a destruição de seu próprio povo, aniquilando os últimos recursos de seu habitat, reservas civis de toda natureza (água potável, carburantes, víveres etc.) é o desfecho normal... Era já essa reversão da linha em linha de destruição que animava todos os focos moleculares e os fazia interagir numa máquina de guerra, em vez de ressoar num aparelho de Estado. *Uma máquina de guerra que não tinha mais objeto a não ser a guerra*, e que aceitava abolir seus próprios correligionários antes do que deter a destruição. Os perigos todos das outras linhas são irrelevantes comparados a esse grupo” (Deleuze & Guattari, 1996: 114-5).

Tomadas as devidas precauções com o oba-oba promotor de máquinas de guerra, podemos nos apropriar desse procedimento nômade, pois sua ação é sempre direcionada pelas necessidades, e a conexão com a vizinhança se faz independentemente das vias. É uma política de subjetivação que está em jogo. Uma subjetivação avessa ao sedentarismo, é uma estratégia de alternância nos trajetos.

Ao contrário do Estado com seu espaço estriado, métrico, que mede o território para poder ocupá-lo, a máquina de guerra, e a concepção dos nômades, é feita de linhas de movimentos e conexões. A máquina de guerra é uma potência de transversalidade, isto é, um aumento na capacidade de comunicação, uma tomada de palavra, e por isso um outro lugar de posição do desejo.

A propósito, uma das estratégias usadas pelo Estado, na área da saúde, para quantificar o número de usuários a serem atendidos por unidade de saúde é o que se denomina territorialização que assim utilizado é o processo de medir para depois ocupar. O conceito de territorialização assim tomado é uma estratégia

sedentária. Contrariamente, para Deleuze “o território não é primeiro em relação à marca qualitativa, é a marca que faz o território. As funções num território não são primeiras; elas supõem, antes de tudo, uma expressividade que faz território. É de fato nesse sentido que o território, e as funções que aí se exercem, são produtos da territorialização” (*apud* Zourabichvili, 2004). Podemos pensar que Deleuze nomadizou o conceito ou mesmo que não existe um conceito puramente sedentário ou puramente nômade, a questão é como nomadizar os conceitos, e extrapolando para nossa pesquisa como nomadizar um serviço.

A partir dessa proposta para o CECCO podemos acompanhar alguns traços desse funcionamento que foi se constituindo na gestão do CECCO Parque Previdência.

TRAJETO 2: AS REUNIÕES DE EQUIPE

Segunda à tarde é o nosso dia de reunião de equipe. Falar desse dispositivo, “reunião de equipe” é tratar mais diretamente das questões da gestão, essas que chamamos questões principais da constituição de um espaço de formação de uma instituição que se propõe ao cuidado, por meio de ações coletivas. É na rede de relações institucionais que se pode promover um modo de gestão que leva à invenção de problemas e aberturas de caminhos.

As reuniões de equipe consistem em um dispositivo diretamente relacionado ao coletivo institucional, que não se equivale ao conjunto de pessoas (equipe, usuários e comunidade), o coletivo aqui denominado é um plano impessoal, pois é o plano de agenciamento tanto pessoal como extrapessoal ou social. O coletivo deve ser entendido “no sentido de uma multiplicidade que se desenvolve para além do indivíduo, junto ao *socius*, assim como aquém da pessoa, junto a intensidades pré-verbais, derivando de uma lógica de conjuntos bem circunscritos” (Guattari 1993: 20).

São espaços de muita importância, nesse entendimento, para a construção de um meio não segregado e responsável pela criação da vida cotidiana da instituição. Ferramenta essencial de gestão do serviço, elas têm o objetivo de permitir a liberdade de circulação institucional. Essa circulação, diz respeito ao que chamamos

anteriormente de instituição fronteira; fronteira que não separa, mas que está no meio, “sobre a linha de encontro de dois mundos (...) é o modo de funcionamento de um plano coletivo, que surge como plano de criação, de co-engendramento dos seres” (Escóssia & Kastrup, 2005: 9).

Nos encontros semanais de segunda-feira à tarde no CECCO, a equipe do serviço problematiza permanentemente a existência desse trabalho, e se põe a inventar formas de sustentar os espaços heterogêneos, originalidade dessa experiência coletiva, que ao mesmo tempo confere aos encontros marcas de singularidade.

As reuniões de equipe do CECCO são o espaço em que cuidamos dos detalhes, o lugar institucional no qual aparece uma outra lógica, que não a do programa terapêutico, e a equipe, coletivamente, cria condições para que todos tenham capacidade inventiva, criativa.

Nem sempre foi fácil manter os encontros semanais da equipe. Não é uma prática modelar dos serviços de saúde, mesmo de saúde mental, eleger um período da sua grade de atividades para tratar das questões institucionais.

Muitas vezes fomos questionados pela Coordenação de Saúde do Butantã, sobre as razões pelas quais paralisávamos os atendimentos aos usuários uma tarde por semana. Será mesmo necessário fazer uma reunião semanal com toda a equipe? As outras unidades fazem uma reunião mensal, não é o suficiente? Estas eram questões que vez por outra surgiam para a equipe do CECCO. Entretanto, nunca nos impediram de realizar nossos encontros, embora ficasse sempre claro que corríamos um risco de a Secretaria de Saúde criar obstáculos, visto não ser habitual essa atividade semanal não enquadrada na estatística de atenção ao usuário.

E foi nessa margem de risco, que é ao mesmo tempo uma aposta na construção coletiva das ações, que nos mantivemos para os projetos nascerem, para discutir o atendimento, o funcionamento; que comemoramos os aniversários, que rimos, que choramos, que nos desentendemos, que comemos, bebemos, enfim que nos afetamos com a clínica que estávamos produzindo.

É nas reuniões de segunda-feira que estamos atentos — como diria Oury — ao humus institucional. Segundo o dicionário Aurélio da língua portuguesa, humus significa o produto da decomposição parcial de restos vegetais ou animais, que se acumulam no chão florestal, onde enriquece o solo. Para Oury o humus da clínica é tudo o que já aconteceu, o que já depositaram ali. O humus não é o

inconsciente coletivo, é o arqueológico. E é na subjacência que se encontra o que já pesou. É o que deixa rastro, vestígio, é o que dá atmosfera, é um monte de histórias (Oury, 2006).

Para esse autor o coletivo é dessa ordem, dessa matéria que se constitui, deixando claro que não é um estoque de informações. Quando questionado, em uma entrevista, sobre como gerir isso, esse coletivo, ele responde que não dá para ter um diretor, ou mesmo um grupo, que organize essa massa depositada, mas o que é eficaz então é uma certa aura, não uma organização, mas que se instaure uma aura indefinível, singular, mas com o qual a gente se encontra.

Nessa idéia nos conectamos totalmente com a tecedura conceitual de Oury, pois tem aí uma intersecção, uma virtualidade comum com nosso método de gestão, numa outra direção de pensar a saúde, de pensar a gestão, de pensar uma ética e uma poética para saúde.

TRAJETO 3 ADELAIDE E A FUNÇÃO DO COLETIVO

Adelaide é ajudante de limpeza no CECCO. Diferentemente dos funcionários concursados, ela e o Sr. José, o segurança, são os únicos funcionários contratados de uma empresa terceirizada que presta serviço à PMSP.

Das 8h00 às 17h00 — horários de abertura e encerramento do expediente — Adelaide é a funcionária que permanece rotineiramente mais tempo no CECCO. É também quem mais “está junto” dos usuários que freqüentam o serviço.

Sua função pelo contrato de trabalho é cuidar da limpeza da unidade. Lavar o chão, limpar as mesas e cadeiras, lavar os vidros, fazer a limpeza do banheiro, da cozinha, do grande salão, do auditório quando utilizado, almoxarifado etc.

Adelaide, desde sua admissão no CECCO, não se restringiu à função de faxineira. Faz o café e o chá para os técnicos e usuários, bolos para a reunião de equipe, os cachorros-quentes para as festas juninas, os lanches cotidianos servidos aos usuários. Também atende telefone, acolhe espontaneamente quem chega, dá explicações sobre o CECCO.

Nas horas vagas durante o expediente, ela senta-se no banco que fica em frente à porta de entrada, local de onde se observa todo o movimento do serviço, e passa bastante tempo conversando com os usuários que estão por ali, ora à espera de alguma oficina, ora aguardando familiares, às vezes “jogando um papo fora”. Naquele espaço, Adelaide ouve as histórias cotidianas, troca informações sobre itinerários dos ônibus, comenta sobre o tempo.

Adelaide, assim como Lúcia e Cristina, funcionárias administrativas do CECCO, não participavam de todo o transcurso das reuniões de equipe do serviço. Ficavam por ali servindo café, atendendo telefone, recebendo um ou outro usuário que aparecia nesse dia, uma vez que a segunda-feira à tarde não é um dia aberto para o atendimento aos usuários. Nas discussões de casos clínicos, principalmente dos psicóticos que freqüentam o CECCO, Adelaide arriscava, da mesa ao lado, um ou outro palpite que geralmente dizia respeito a dados importantes do caso, mas ignorado pelos terapeutas do serviço pois haviam sido conhecidos por ela nos momentos informais de contato na Instituição.

Começamos a perceber que tanto Adelaide, quanto Lúcia e Cristina, as funcionárias ditas não terapeutas, conheciam nossos usuários muito melhor do que os técnicos-terapeutas da Instituição. Toda vez que Adelaide nos contava um pouco do que sabia sobre nossos usuários, muita coisa se esclarecia não somente a respeito dos usuários mas também do cotidiano institucional. A equipe técnica se inteirava a partir de Adelaide, que algo mais se passava para além das oficinas coordenadas pelos técnicos-terapeutas do serviço.

Um outro cotidiano institucional, das conversas informais, das idas ao banheiro, dos trajetos de ônibus, do cigarrinho junto, enfim, um cuidado invisível aparecia nas intervenções de Adelaide. Da sua função de faxineira, Adelaide se transportava para cuidadora do ambiente. Mais do que limpar e faxinar, Adelaide fazia surgir na sutileza de suas intervenções o que é de mais precioso na instituição que é a ambiência institucional, isto que é para Oury o cuidar, o tratar em saúde mental, que não é reparar, consertar, nem adequar. Para o autor a dimensão analítica tem a ver com o acaso, não com os programas terapêuticos que visam sempre algo que vai acontecer.

A ambiência pode ser aqui pensada em “como se dão os acontecimentos, os encontros, as trocas que acontecem na cena institucional, nos detalhes sutis das vivências cotidianas. Implica as pessoas que participam, suas personalidades e estilos,

seu engajamento, assim como a arquitetura local, o ambiente, as coisas presentes, o material trabalhado” (Dubena, 2004: 61). A ambiência assim entendida é da ordem do plano do coletivo.

Adelaide na sua estrangeirice terapêutica condensa a ambivalência da distância e proximidade que caracteriza todas as relações humanas. Adelaide é, como disse Jeane Marie Gagnebin (2006), “um nômade em potencial porque não se contenta em passar por aí, mas se estabelece em lugar que não é seu, que se vê modificado com sua presença”.

Contudo sua presença é perturbadora para a equipe de terapeutas: “por fazer parte do grupo e ser de fora dele. (...) Não só lembra a existência da alteridade, do outro, como também tem a potencialidade de lembrar ao grupo no qual se infiltra que o grupo poderia ser outro, que sua identidade é mais fluida e menos segura do que se pensava” (Gagnebin, 2006a).

Sua participação nas reuniões de equipe começou a ser fundamental, as reuniões se modificaram com a presença dela; também agregamos Lúcia e Cristina, as nossas técnicas administrativas as quais, como Adelaide, se situam nessa estrangeiridade de não ser terapeuta, mas estar atento ao cuidado, esse potencial identificado por Bonnafé (Oury, 2003) como Potencial Terapêutico do Povo, que segundo o autor, os que varrem, os que estão para fazer alguma outra coisa têm um potencial mais terapêutico que os terapeutas. Esse potencial estrangeiro de devir: “os devires são o mais imperceptível, são atos que só podem estar contidos em uma vida e expressos em um estilo” (Deleuze & Parnet, 1998: 11).

Ao contrário da equipe de terapeutas do CECCO que se divide em turnos de trabalho, Adelaide, Lúcia e Cristina, permanecem em período maior na Instituição e, graças a isso, conhecem muito melhor os usuários que freqüentam esse espaço. Mas não é somente o tempo de permanência delas a distinguir, há que se considerar principalmente a expressiva qualidade de suas intervenções.

As atitudes, o modo de “estar com” permitiu a essas “terapeutas” conhecer até mais dos usuários do que os próprios técnicos-terapeutas da Instituição.

Certa ocasião, na qual o CECCO se envolveu em um projeto de cordão carnavalesco, em parceria com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) Itaim Bibi e Butantã, foi Adelaide, junto com outra técnica do serviço, quem acompanhou os usuários do CECCO para integrar o grupo de carnaval. Além dos usuários, ela levou vizinhos, amigos, familiares, se envolveu, se misturou.

Toda sexta-feira nos ensaios do cordão, Adelaide estava lá, animando os usuários, se animando. Seu envolvimento com o projeto era maior do que participar e acompanhar os usuários do serviço. Adelaide caiu de verdade no samba. Sua filha foi a rainha da bateria.

Esse envolvimento modificou outras presenças no CECCO, como no caso de uma outra Lúcia, esta usuária, com diagnóstico de psicose. Lúcia, quase não falava nas oficinas em que participava, não fazia amigos. Mas no projeto do cordão de carnaval se transformou: mudou sua roupa, começou a usar saia, bijuterias, surgiu mais colorida, comprou sandálias para sambar. E sambou, deixando perplexos os técnicos, a família e os usuários que já não a reconheciam na sua identidade sisuda e psicótica. Quem a acompanhava? Adelaide, que vibrava com cada passo dado por Lúcia no seu dever sambista. Além de Lúcia, a qualidade da presença de Adelaide fez surgir outros devires-usuários do CECCO.

O que muitas vezes não acontecia nas oficinas, acontecia nos encontros informais ou nos encontros menores do CECCO: no banco, nas horas não programadas, no lanche, na hora do almoço.

O que queremos destacar aqui não é a autoria desses acontecimentos ou agenciamentos, pois eles não são um composto humano de sujeitos que se alinham, mas é a possibilidade de agentes, presos em um dever coletivo, tornarem “perceptíveis as forças que os percorrem, os povoam e os multiplicam” (Almeida, 2003: 126).

TRAJETO 4: A COMISSÃO DE EVENTOS E OS ESPAÇOS INSTITUENTES DO CECCO

As oficinas são ainda no CECCO os espaços programados de intervenção. Toda a equipe de terapeutas se organiza prioritariamente sobre o quadro semanal de oficinas.

Essas são atualmente em torno de vinte, divididas em atividades corporais (tai-chi-chuan, yoga, dança livre, e dança circular), atividades culturais (cinema, teatro), atividades artesanais (tricô, crochê, tapeçaria, bijuteria).

As oficinas são sempre coordenadas por uma dupla de terapeutas que se revezam no quadro semanal dessas atividades. Uma modulação importante que fizemos na gestão do trabalho foi a diminuição da grade de oficinas do CECCO PAS (cinquenta e duas), pois considerávamos que esse único modo de intervenção fazia o “jogo cômodo das máquinas produtoras de universais” e impedia o aparecimento de novas modalidades de encontros (Orlandi, 1999: 13).

A composição desse trabalho institucional é difícil no que se refere às tarefas que não sejam estritamente ligadas ao quadro de oficinas.

Atividades como passeios, festas, eventos, são muitas vezes vistas pelos terapeutas como um além da tarefa institucional. Ao contrário de Adelaide que se move com muita facilidade nos espaços mais informais, vários dos terapeutas têm dificuldade de se abrir aos espaços menos instituídos do CECCO.

Segundo René Lourau (1975), por “instituinte” entenderemos, ao mesmo tempo, a contestação, a capacidade de inovação e, em geral, a prática política como “significante” da prática social. No “instituído” colocaremos não só a ordem estabelecida, os valores, modos de representação e de organização considerados normais, como igualmente os procedimentos habituais de previsão (econômica, social e política).

Tomo como exemplo uma estratégia que propusemos no CECCO denominada Comissão de Eventos.

Esta estratégia, em parceria com o CAPS Butantã, surgiu de um projeto de festa junina em que nos juntamos para planejar a festa anual realizada no Parque Previdência, onde se situa o CECCO.

A equipe desse CAPS avaliava na ocasião que as festas, e eventos sociais e culturais daquele serviço, deveriam ser realizadas noutro lugar que não no CAPS, em espaço no qual os encontros não tivessem a insígnia do tratamento; avaliavam que os encontros na sede do CAPS estavam sempre mediados pelo sofrimento psíquico.

Essa percepção do Caps veio ao encontro do que temos pensado sobre a função do CECCO na rede de Saúde Mental. Temos afirmado que o CECCO na rede de saúde funciona como dispositivo de saúde, no sentido de a sua proposta de intervenção, o trabalho na diversidade, a inclusão do coletivo, os projetos, as festas,

os eventos culturais, nascerem nas situações que ali acontecem e invariavelmente responderem a uma urgência institucional.

Diferentemente de uma técnica, entendida como instrumento aplicativo a uma dada situação, as propostas que temos inventado no CECCO são técnicas entendidas como linhas de criação, *poiésis*, neste sentido dobras estratégicas das experiências ali acontecidas de fato. Como *poiésis* podemos afirmá-lo na sua dimensão de dispositivo, no sentido de que seus projetos se constituem em uma mediação entre os vários aspectos heterogêneos de determinado acontecimento.

E se já pensamos com Deleuze o que é um dispositivo, aqui queremos a afirmação de Foucault (2006), por uma razão imanente ao pensamento que nele flui, a idéia de que o termo dispositivo indica para três vetores: o caráter de rede dos dispositivos (o dispositivo estabelece ligação entre os elementos heterogêneos: discurso, instituição, as leis, os regulamentos, enunciados científicos, proposições filosóficas); a natureza da ligação (os elementos podem ser discursivos ou não e existe um jogo de mudança de posição entre eles); e ainda o caráter de estratégia que tem por função responder a uma urgência.

Segundo Foucault :

...o dispositivo se constitui como tal e permanece dispositivo, à medida que ele é lugar de um *duplo processo*: processo de sobredeterminação funcional, de um lado, já que cada efeito, positivo ou negativo, desejado ou não, vem entrar em ressonância, ou em contradição com os outros, e obriga a um reajustamento dos elementos heterogêneos que apareceram. É um processo perpétuo de preenchimento estratégico... (Foucault, 1994: 299).

Tomada essa perspectiva, a comissão de eventos do CECCO é um dispositivo permanente de encontro. Sua tarefa tem sido estabelecer conexões entre os serviços de saúde e outros equipamentos sociais da região por meio de eventos os mais diversos: carnaval, festa junina, páscoa, natal, além de passeios, visitas a museus, festas de aniversários.

Num primeiro momento nossa intenção foi retirar das unidades de saúde as “festinhas” muitas vezes infantilizadas e segregativas realizadas para os diversos grupos de pacientes. As festas para o grupo de idosos, para o grupo de deficientes,

para as mães, gestantes, eventos patologizantes, à medida que o que se coloca em jogo é a conexão pela patologia e não pela mistura, pela diversidade.

Pensar no CECCO como um articulador de eventos: festivos, culturais, esportivos, é fazer funcionar a filosofia da rede na saúde. A filosofia da rede mestiça que, como nos propõe Michel Serres, pode fazer o serviço ser um dos pontos ligados entre si por uma pluralidade de conexões, pode misturar elementos heterogêneos, pode derivar, bifurcar, quer dizer, “decidir-se por um caminho transversal que conduz a um lugar ignorado” (Serres, 1993: 15).

A comissão de eventos, que criou essa abertura para o CECCO conectar-se com outros serviços, não pelo clássico encaminhamento de pacientes, mas pela via dos processos que não se satisfazem com a submissão da saúde a imperativos alheios às linhas de intensificação, ou seja, os encontros afetivos, tem sido fundamental para o serviço trilhar outros caminhos, e não ficar aprisionado no modo oficina de funcionamento.

Mas esse entendimento de que o CECCO funciona, na rede de saúde, como um dispositivo, ou que o CECCO deve ser um serviço mestiço, articulador de heterogêneos, de preenchimento estratégico, que coloque a rede de saúde em contato com seu Fora, na experimentação com seus Intercessores, não é uma proposição comum a todos os trabalhadores do CECCO, nem tampouco da rede de saúde.

O projeto normatizador dos CECCOS, escrito em 1989, ainda é a única referência teórico-institucional das diretrizes do CECCO.

Naquele momento em que foi escrito, momento em que a abertura para um modelo de atenção comunitária era fundamental em oposição ao modelo hospitalar, o surgimento dos CECCOS em São Paulo, com sua inscrição como coletivo de ações em saúde, criou novas perspectivas de circulação, de movimentos e passagens diversas dos pacientes e profissionais de saúde pelo circuito social. O CECCO nascia como um serviço fronteira. Uma fronteira que separava a clínica do social.

As oficinas, ferramenta principal dos CECCOS trouxeram para o circuito de tratamento outras possibilidades de intervenção. O encontro na diferença, a heterogeneidade, a aglutinação pelo desejo, marcas desse híbrido dispositivo, foi fundante na construção de uma saúde mental menos patologizante.

Mas, depois de tantos anos, o que pode comportar esse serviço-dispositivo na sua possibilidade de argüir e colocar em análise o campo mesmo que o produziu?

Como pode esse dispositivo desestabilizar e interferir no território de saúde em que se instala? Não seria tudo isso uma grande inversão: inventar uma clínica que não é mais fronteira do social mas que, tanto a clínica quanto o social é argüido pelos dispositivos que eles secretam?

Temos afirmado aqui que a função dos CECCOS hoje é modificar um certo modo de produção em saúde, principalmente esse, que se pauta pela extensividade, na quantidade em números de atenção. O CECCO com seu modo invisível (não quantificável) de produzir saúde pode funcionar como um serviço que extrai das forças maiores as experiências minoritárias, quer dizer as experiências afetivas, intensivas.

Desse modo pode se constituir num serviço que se define “por coeficientes de transversalidade que conjuram as totalidades e hierarquias; são agentes de enunciação, suportes de desejo, elementos de criação institucional; por meio de sua prática, não param de se confrontar no limite de seu próprio não-sentido, de sua morte ou fragmentação” (Deleuze, 2004: 13).

*“O essencial são os intercessores.
A criação são os intercessores. Sem eles não há obra.
Podem ser pessoas – para um filósofo, artistas ou cientistas;
para um cientista, filósofos ou artistas – mas também
coisas, plantas, até animais, como em Castañeda.
Fictícios ou reais, animados ou inanimados,
é preciso fabricar seus próprios intercessores.”*

Gilles Deleuze, Conversações

(1996: 156)

QUARTA CARTOGRAFIA: O CECCO Parque Previdência e as tecnologias de redes territoriais

Existem basicamente dois modos de experimentação pelos quais o dispositivo CECCO tem contribuído para a criação de espaços híbridos no território. Descentrados, esses modos ocorrem tanto no CECCO — enquanto serviço de saúde localizado no Parque Previdência (as oficinas, as reuniões, os eventos, as festas, os passeios) —, quanto nos espaços em que utilizamos nossa tecnologia como modo de produção de saúde.

Esta quarta cartografia contém as marcas do trajeto do segundo modo de experimentação que é aqui tomado como experiências nômades, neste caso porque potencializam a criação desses espaços híbridos, definidos pela mistura e principalmente pelo desaparecimento das bordas institucionais.

Para iniciar, Adriana de Souza e Silva, a partir de Kevin Kelly, distingue espaço de lugar, distinção que consideramos importante para a compreensão entre esses modos de experimentação no CECCO. Para Kelly,

os espaços não são limitados pela proximidade, ao passo que os lugares são geograficamente contíguos. (...) os lugares físicos limitam o número de conexões que as entidades podem fazer. Uma pessoa em um lugar pode apenas interagir com um número fixo e restrito de outras pessoas na mesma localidade. (...) Além disso, apesar de lugares não serem necessariamente comunidades, podem contribuir

para a formação de comunidades. assim um lugar pode ser entendido como um espaço cultural, palco para interações culturais (Souza e Silva, 2004: 282).

Souza e Silva, ainda na esteira de Kelly, fala que “o significado verdadeiro de um espaço não está relacionado apenas à sua ‘virtualidade não-geográfica’, mas à habilidade de absorver conexões e relações. Assim o conceito de ‘espaço’ não é geográfico, mas relativo à rede” (ibidem: 283).

A autora ainda contribui ao nos apresentar uma passagem sobre o conceito de rede que ecoa com outros autores-intercessores do nosso trabalho:

as redes são estruturas espaciais, tendo sua existência guiada pelo número de conexões que contém. Um espaço híbrido também é um espaço conectado, constituído por uma rede móvel de pessoas e tecnologias nômades que operam em espaços físicos não-contíguos. Assim, para integrar esse espaço, um nó (ou seja, um indivíduo) não precisa compartilhar o mesmo espaço geográfico com os outros nós da rede móvel. O espaço híbrido é criado pela implicação de lugares diferentes e descontínuos (idem).

Esta pesquisa, que é a cartografia de um serviço, da gestão de um serviço, e ao mesmo tempo a construção desse método de gestão de serviço, está sendo tecida, com muitos Intercessores dentre eles, reafirmamos aqui, o conceito de rizoma de Deleuze e Guattari, pois “um método do tipo rizomático é obrigado a analisar a linguagem efetuando um descentramento sobre outras dimensões e outros registros” (Deleuze & Guattari, 1995: 16).

E se tomamos o rizoma como método para as experiências contadas nesta cartografia é por entendermos que elas seguem o seu trajeto:

- As experiências se conectam com os usuários, os técnicos, as instituições envolvidas; e têm conexões molares e moleculares;
- Os nós e as conexões são cada um deles, aberturas para redes diversas;
- Cada rede-experiência não possui unidade orgânica. Ela se afeta e se faz afetar a partir dos encontros;

- Nessas experiências todo funcionamento se dá por proximidade e vizinhança e a partir daí se formula geografias provisórias;
- As experiências não têm um centro, há vários centros móveis que brotam por todos os lados.

Frente a essa posição clínico-política, o caminho de gestão no CECCO tem sido experimentado a partir de dois vetores fundamentais que se distinguem mas não se separam: o CECCO Serviço, esse serviço mestiço que se caracteriza por todas as estratégias que ocorrem a partir dos atendimentos dos usuários que freqüentam esta unidade de saúde para os diversos trabalhos como oficinas, eventos, festas etc.; e o CECCO Projetos no Território, que são os projetos que se desdobram do serviço ao território ou o inverso, e que fazem que tanto o serviço quanto o território possa, desviar do seu curso, derivar. Esses dois vetores ou essa guia é o que hoje afirmamos como dispositivo CECCO.

Essa trajetória imprevisível e cheia de nuances, difícil de precisar, modula o serviço, retirando-o do lugar do centro de onde tudo emana como um certo céu de Copérnico, “feito de órbitas circulares perfeitas, girando em torno de uma única fonte de luz” (Serres, 1993: “orelha”), e o relança para a experimentação em rede.

A compreensão desse outro modo de experimentar o serviço foi importante para o coletivo CECCO no sentido de poder distinguir mas não separar os dois eixos do trabalho que acontece na instituição como elementos cambiantes do mesmo trabalho. A noção de rede e de coletivo, contribui de modo especial para ultrapassar a tensão que existe entre CECCO-Serviço e CECCO-Território. Isto se dá porque a rede coletiva problematiza e tenta superar essas aparentes dicotomias, à medida que inclui elementos e conecta campos supostamente separados, “toda entidade é uma rede, e todas as entidades são co-extensivas e indiscerníveis das redes de que participam” (Escóssia e & Kastrup, 2005:301).

Vamos então nesta quarta cartografia acompanhar três estratégias territoriais que se desdobraram do serviço e transversalizaram o nosso modo de produção à medida que inocularam no próprio serviço máquinas de explosão dos modelos ainda existentes e assim sendo foram singulares nos seus modos de constituição. São eles: o projeto brinquedoteca, o projeto rádio e o projeto vídeo.

O PROJETO BRINQUEDOTECA no Jardim D’Abril

TRAJETO 1: O AGENCIAMENTO DO CECCO COM A ASSOCIAÇÃO CULTURAL UNIÃO DE BAIROS

OJardim D’Abril é um bairro da região do Butantã, na periferia da Zona Oeste de São Paulo, que abrange também o Jardim do Lago e o Jardim Imperial. A população estimada do bairro é de 14 mil habitantes.

É formado por moradias heterogêneas e precárias, sendo uma área predominantemente industrial. Embora concentre equipamentos públicos de saúde e educação (uma única Unidade Básica de Saúde, e uma Escola Municipal de Educação Infantil) muitos moradores ficam sem acesso a esses serviços em razão da falta de vagas.

O bairro está situado entre o município de Osasco (Grande São Paulo), o condomínio de classe média alta Parque dos Príncipes, a avenida Politécnica e a rodovia Raposo Tavares. De topografia bastante acidentada, a mobilidade dos moradores se torna difícil. Além disso, a fronteira com o município de Osasco faz com que o bairro receba pouca atenção dos órgãos públicos das duas cidades.

Um contraste muito evidente mostra-se nas condições de vida de alto padrão dos moradores do Parque dos Príncipes com a dos moradores dos bairros vizinhos, o que acaba gerando freqüentes e violentos conflitos entre jovens e crianças do Jardim D’Abril e a segurança privada do condomínio, além da ação policial.

A parceria do CECCO com a Associação Cultural União de Bairros (a associação foi assim denominada por ter como missão a integração dos moradores dos seguintes bairros: Jardim D’Abril, Jardim do Lago e Jardim Imperial), teve início em março de 2004 em uma visita da diretora da Associação, acompanhada por uma docente do curso de Terapia Ocupacional da USP, ao CECCO, com o objetivo de buscar parceria deste serviço para um trabalho com as crianças daquela comunidade.

A solicitação dessa parceria, segundo a diretora e a docente da USP partia da idéia do CECCO como um serviço de saúde público que tinha como preocupação a inclusão social e a articulação do território para a construção de redes sociais.

Esse trabalho para o qual a Associação desejava parceria e que ela chamava carinhosamente de “nossa brinquedoteca”, acontecia na sede da Associação União de Bairros em três tardes da semana.

Segundo a diretora da Associação, naquele momento o trabalho contava apenas com três brinquedistas voluntárias que recebiam as crianças por um período de duas horas nas três tardes referidas para que elas ali pudessem brincar.

A atividade contava até então com a parceria do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo. Nessa parceria com a USP, a brinquedoteca era parte de um projeto do Curso de Terapia Ocupacional da FMUSP (TO), Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC), projeto que tinha como objetivo a melhoria das condições de vida das pessoas portadoras de deficiências no bairro.¹⁸

O ambiente de brincadeira tinha como função tornar possível que a Associação se constituísse como um espaço de encontros para crianças, à medida que o bairro é totalmente desguarnecido de locais públicos tais como praças e parques ou mesmo áreas livres, enfim espaços em que os encontros de crianças acontecem naturalmente.

Tal como outros bairros pobres da periferia da cidade de São Paulo, o Jardim D’Abril fica encravado em uma área onde a comunicação com regiões mais centrais é difícil e distante; não possui acesso ao metrô e as linhas de ônibus são escassas, dificultando o deslocamento dos moradores.

18 Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC) segundo Fátima C. Oliver *et alii*, “é uma proposição de acompanhamento de pessoas com deficiência, compreendida como resultante de um campo de ações multisetoriais que se desenvolvem com participação comunitária, apresentada por organismos internacionais como alternativa para lidar com as desigualdades vividas por esse segmento social e para ampliar a cobertura assistencial em reabilitação. ILO, UNESCO, UNICEF, WHO [*Community-based rehabilitation (CBR), for and with people with disabilities*], 1994; 2002” (Oliver, 2004).

Na área da saúde, como já citado anteriormente, o Jardim D’Abril possui uma única unidade básica de saúde, com poucos recursos. Quando se faz necessário a utilização de serviços com maior complexidade de atenção, a população sofre com as dificuldades de acesso, por esses se localizarem em diferentes regiões.

O CECCO Parque Previdência é um serviço de saúde que é referência para esse bairro, mas poucos usuários do Jardim D’Abril freqüentam o serviço principalmente pela dificuldade de locomoção.

Na parceria solicitada pela Associação ao CECCO, uma das questões em pauta era a manutenção do projeto da brinquedoteca local, essencial para as crianças do bairro, à medida que o acesso delas a outros espaços de encontro distantes do bairro, incluindo o próprio CECCO, era quase impossível, o que acarretava na constante perambulação das crianças pelas ruas do bairro, ficando assim, sujeitas à violência da região.

Ora, se temos pensado que o mandato social do CECCO é abrir-se às diferenças, propondo uma ética de composição no território, acolher a solicitação da Associação vinha totalmente ao encontro de nossa gestão do trabalho. Esse projeto era uma possibilidade concreta de efetivar a função do CECCO como dispositivo no território visto que a vizinhança com a Associação atualizava a potência do serviço para instaurar outros modos de funcionamento.

Essa potência do CECCO de avizinhar-se, de agenciar-se com projetos comunitários pode ser entendido como um dispositivo que cartografa estratégias de resistência à exclusão no território, contrapondo-se à idéia negativa de inclusão como atenção aos excluídos do território.

Em uma das reuniões de equipe, que acontecem semanalmente no CECCO, foi pautado e discutido o projeto da Associação para pensarmos em estratégias de como acolher essa nova experiência no CECCO, entendendo a experiência como um movimento de sensibilidade coletiva, quer dizer, um movimento que pode fazer vibrar dois pólos do território — um serviço público municipal e uma associação de bairro.

De início, a equipe colocou muitos obstáculos à parceria, argumentando que o projeto CECCO (as normatizações do programa de Estado) não previa essa modalidade de trabalho: atender a crianças em associação de bairros.

Já havíamos percebido que o programa de Estado para a implantação de serviços, as normatizações e protocolos que norteiam os procedimentos das instituições, servem às cristalizações dos serviços, aos regimes de disciplinarização, e para impedir a criação de novos dispositivos de intervenção, e assim o surgimento dos verdadeiros problemas.

Na apresentação do trabalho da brinquedoteca para a equipe, em que uma terapeuta ocupacional da Universidade de São Paulo, instituição já parceira da Associação, discorria sobre a importância da parceria e os desdobramentos desse trabalho na comunidade, a equipe interpunha-se à fala da terapeuta, fazendo objeções como, por exemplo, sugerir que essa parceria fosse realizada com a Unidade Básica de Saúde daquela região, alegando a falta de funcionários no CECCO para o projeto, dentre outras.

Atualmente, nas instituições de Saúde Mental, e também em outros serviços de saúde, é comum o trabalho dos profissionais se realizar não somente dentro da instituição. O trabalho na comunidade é hoje um dispositivo amplamente utilizado por grande parte dos profissionais, principalmente da área psi, estes inspirados pela reforma psiquiátrica brasileira, e pelo processo de desinstitucionalização que promoveu a abertura das instituições para o seio da comunidade.

Entretanto, nas unidades de saúde, percebe-se muitas vezes, além das resistências aos novos modos de produção de saúde, uma dificuldade dos funcionários em realizar trabalhos fora do espaço físico da unidade. A cultura do concurso público que atribui no momento da escolha de vaga uma “unidade de lotação”,¹⁹ faz com que a referência e a identificação do profissional se dê com o espaço geográfico da instituição. Com isso essa escolha do funcionário público municipal é feita muitas vezes pela localização do serviço (região, endereço), e não pelo projeto que esse serviço realiza.

É uma operação na qual o que está em jogo é o conceito instituído de território geográfico.

Então, atender à demanda da Associação do Jardim D’Abril, significava para a equipe uma abertura para um trabalho que não estava identificado com o poder

¹⁹ Unidade de lotação é o local de trabalho escolhido por ocasião do ingresso do funcionário e que condiciona o seu trabalho no local preferido. Esta lotação pode ser modificada ao longo do tempo, mas depende de negociações nem sempre favoráveis ao funcionamento do Serviço.

instituído (normatizações, espaço físico), e é aí que aparecem as paralisações. Voltar-se ao trabalho exclusivo das oficinas dentro do CECCO, era manter-se nesse lugar cristalizado e já conhecido.

Não estamos aqui fazendo uma supervalorização ao trabalho fora dos muros do serviço em detrimento ao que acontece dentro do serviço. Não é uma questão de interior contra exterior. Já dissemos que o serviço só funciona como dispositivo nessa porosidade para se abrir às intensidades que pedem passagem, e isso só podem acontecer se estiver aberto ao seu fora que não é o exterior, mas o desvio provocado pelos seus Intercessores, a inclusão do seu coletivo.

Quando esses entraves surgem na instituição é importante posicionar o lugar da gestão: como promover uma instituição movente, esburacada, aberta ao devir, sem instaurar novos protocolos, novas normatizações, novos programas de atenção? Como convocar não pela burocracia de Estado e sim pelo desejo? Como compor encontros suficientes para que, nesses encontros, nasça o desejo?

Essas questões nos foram propostas já de início por Deleuze: “A produção como processo não cabe nas categorias ideais e forma um ciclo cujo princípio imanente é o desejo” (Deleuze & Guattari, 1996a: 10).

Pois bem, a solicitação da Associação empurrava a instituição, naquele momento, para experimentações mais híbridas com projetos comunitários, aqui tomados como Intercessores. Não se tratava somente de realizar trabalhos na comunidade no sentido de não se limitar ao espaço físico do CECCO, mas de uma mistura com a comunidade, uma mistura decorrente do processo do trabalho.

Se abrir para esse encontro, se deixar roçar pelo Jardim D’Abril era afirmar a natureza das práticas afetivas, que busca matéria de expressão para expandir suas intensidades: as experiências em rede que faz desaparecer as bordas das instituições envolvidas, de tal modo que as políticas públicas surgidas desse encontro podem ser entendidas “como dimensão capilar em que as práticas de singularização e de diferenciação se fazem como movimentos instituintes do *sócius*” (Passos & Barros, 2007: 07).

Assim, após entraves, resistências, discussões, e uma dispersão da equipe com relação ao projeto, foi a entrada de uma nova técnica para compor a equipe do CECCO — não aprisionada ao espaço físico do CECCO, tampouco com os protocolos instituídos de atenção desse serviço —, o que propiciou um movimento

na equipe e permitiu o início da parceria. A contratação de dois estagiários para o trabalho cotidiano com as crianças, e a supervisão do CECCO, facilitou a parceria efetiva com a brinquedoteca do Jardim D’Abril.²⁰

TRAJETO 2: AS CONEXÕES DA BRINQUEDOTECA

A contratação dos estagiários para a brinquedoteca se deu após uma seleção de alunos-candidatos da área de Psicologia e de Terapia Ocupacional.²¹

Após o processo seletivo, foram contratados pela PMSP para o CECCO dois estagiários de Psicologia, e um estagiário de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, que junto com as duas brinquedistas da Associação, iniciaram um novo Projeto Brinquedoteca da Associação Cultural União de Bairros.

Nesse novo projeto os estagiários do CECCO desempenham uma polivocidade de funções. Nossa aposta principal tem sido na criação de uma atitude que atualize o coletivo nos grupos que ali acontecem.

Essa Associação que, segundo a atual presidente, foi montada para articular melhorias para o bairro, além de se constituir como um espaço cultural para a região e para seus moradores, só conseguiu atingir até agora uma parcela pequena destes.

O bairro, como outros da periferia de São Paulo, possui bolsões de favelas controlados pelo tráfico de drogas.

A Associação, desde seu início como uma casa comunitária, teve enfrentamentos com os traficantes locais que viam nas atividades propostas (oficinas de marcenaria, brinquedoteca, biblioteca comunitária) um empecilho ao aliciamento das crianças e jovens para o “trabalho no tráfico”.

Esses “enfrentamentos” foram procedidos com muita cautela e receio, “pois nas favelas a palavra do chefe do tráfico é lei”, diz uma das diretoras da Associação.

20 No início do trabalho foi tentada também uma articulação com o Ambulatório de Especialidade do Peri-Peri, que é o serviço de referência de atenção à criança da região do Butantã, mas essa articulação só aconteceu por alguns meses.

21 A contratação de estagiários universitários está prevista por Lei Municipal na PMSP. O trabalho de vinte horas semanais é remunerado, supervisionado por técnicos dos serviços da área de atuação e acompanhado pelas respectivas universidades.

Há que se considerar ser a intenção da Associação criar um espaço de encontro, de referência, de gestão dos problemas do bairro, de articulação com outras redes do tecido social, totalmente repudiada pela rede de articulação do tráfico que submete e amedronta os moradores locais.

A parceria com o CECCO também funciona para a Associação como uma possibilidade de um Outro não submetido às leis locais, portando com isso, outras subjetividades que podem interferir e intercambiar. E se intencionamos agenciar redes de resistências contrárias às redes do tráfico, nossa estratégia foi desde o início incluir no trabalho elementos que não estavam conectados.

Desde o princípio, consideramos fundamental a inclusão no trabalho de outras unidades da rede de saúde do Butantã, pois entendíamos que as questões e as problemáticas advindas do projeto deveriam ser tratadas na sua complexidade e isso só poderia ser realizado na intersecção com as instituições que cuidam da infância na região. Além disso, entendíamos que nosso papel era criar com a Associação uma rede de conexão social na área.

Para tanto, a brinquedoteca desenvolve no seu funcionamento, além das atividades com as crianças, atividades grupais de planejamento, reuniões de equipe, reuniões com a diretoria da Associação, articulação com instituições do bairro como as escolas, a creche, a unidade de saúde, subprefeitura, além de supermercados, padarias etc.

Os estagiários são alunos, como dito anteriormente, dos cursos de Psicologia e Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, e, diferentemente dos outros trabalhadores da brinquedoteca (dois brinquedistas) não são moradores do bairro. A distinção, entre as brinquedistas que moram no bairro e não cursam a Universidade e os estagiários do CECCO, foi num primeiro momento vista como uma diferença negativa, à medida que o saber das brinquedistas (saber popular) era visto por ambos como menor ao saber dos estagiários (saber dos técnicos em saúde).

Nessa fase a “disputa” pelo poder, e as diversas formas de intervenção por meio do poder limitaram muito o trabalho com as crianças.

As dificuldades da equipe na gestão do trabalho apareciam nas supervisões pela forma da disputa do poder na brinquedoteca. Uma indagação recorrente nesse período era sobre a gestão do trabalho: qual era a hierarquia, e em que se distinguiam os papéis na brinquedoteca?

A essa pergunta, analisadora de processos formadores de rede de captura, respondemos inspirados em Orlandi: “esse infindável combate deve, a cada vez e cada caso, poder atualizar a ‘potência’ em processos plurais de ‘racionalização’. Isto quer dizer instaurar ‘relações humanas’ em uma ‘multiplicidade qualquer’, seja esta grande ou pequena, multidão ou indivíduo. Trata-se, a cada vez e em cada caso, de desobstruir ‘devires democráticos’ (...) que ameaçam e destroem coletividade e indivíduos” (Orlandi, 1999: 13).

Ora, se nosso mandato de gestão tem sido a constituição de um modo coletivo de gestão que provoca esse “devires democráticos”, esse caminho que tomamos se dá na direção das redes de conexão, não de captura. Deslocar a discussão do lugar do gestor do trabalho para focar a experiência de trabalho coletiva que ali estava acontecendo era indicar que todo trabalhador é gestor do seu processo de trabalho.

Essa indicação foi um potente intercessor para, a partir daí, fazer surgir as histórias das crianças, processos de singularização, processos que não tiveram destaque, por conseqüência, nas supervisões já que as discussões se concentravam nas relações entre os técnicos dos serviços.

TRAJETO 3: MARIA: A PRIMEIRA HISTÓRIA

Maria é uma das crianças que freqüentam o grupo das segundas-feiras da brinquedoteca. Esse grupo, como os de terça e de quinta-feira, funciona no período da tarde em uma rotina que inclui atividade dirigida, atividade livre, e uma roda de conversa no final em que se avalia processo vivido e também é o momento em que as crianças podem se perguntar desse trabalho produzido por elas.

Esse funcionamento foi assim pensado para que a construção do espaço fosse sendo tecida no coletivo, com as crianças, momento em que a criança pode, mergulhada nas intensidades do tempo de brincar, dar língua para os afetos que pedem passagem (Rolnik, 1989: 15).

As interrogações das crianças, sobre as leis e normas instituídas (dias, horários, regras de funcionamento em geral), surpreenderam os técnicos e singularizaram o

projeto da brinquedoteca. A roda de conversa diária e a consequente co-gestão do trabalho foi fundamental para que as decisões acerca do trabalho não emanassem exclusivamente dos técnicos e passassem a serem efetivadas com a participação das crianças.

A história de Maria, no entanto, foi trazida não pelas suas indagações na roda, mas por uma visita de sua mãe à brinquedoteca na qual solicitou a uma das brinquedistas que informasse aos estagiários estar sendo a criança abusada pelo pai há alguns anos.

Esta história chegou para nós, da equipe da brinquedoteca, numa sessão de supervisão, em que os estagiários se perguntavam o que fazer com a violência da região: para além dos tiroteios ocasionais na favela, do barulho constante da parafernália policial, a violência se tornara real e invadira os muros da própria Associação e, mais especificamente o trabalho com as crianças.

As questões eram de extrema complexidade à medida que a história contada pela mãe incluía não só a violência contra a criança, mas a violência a qual estavam submetidas toda a família e o território.

O pai, traficante de drogas e foragido do bairro por divergências no controle do tráfico, portanto, “marcado para morrer” pelos traficantes locais, ficava com Maria nos finais de semana, período em que o abuso acontecia.

A mãe, sabedora da situação há tempos, demonstrava claramente estar bastante submetida e cúmplice da situação.

Nossa posição em relação ao caso consistiu, inicialmente, em abrir na brinquedoteca um espaço de escuta para a mãe de Maria, pois entendíamos sua visita como um pedido de ajuda. Essa escuta, foi fundamental para pensarmos em estratégias de proteção de Maria, que sofria inaceitável violência.

TRAJETO 4: A REDE DE SAÚDE: QUENTE OU FRIA?

Durante conversas com a mãe de Maria, soubemos que a criança era atendida pela Unidade Básica de Saúde do Jardim D’Abril nos serviços de pediatria e psicologia.

Em contato com essa UBS, agendamos um encontro com a psicóloga a fim de obtermos informações de como Maria vinha sendo escutada no seu sofrimento, pois entendíamos que, se por um lado, a sistemática violência contra a criança nos fora trazida pela mãe, Maria provavelmente teria trazido essas questões no seu processo terapêutico.

Com verdadeiro espanto, e de toda a equipe da brinquedoteca, constatamos que vários dos profissionais da UBS (pediatra, psicóloga, ginecologista, psiquiatra) não só já sabiam da violência a que Maria estava submetida, como, no prontuário de atendimento da criança, estavam anotadas várias entrevistas solicitadas pela mãe em que esta relatou, aos profissionais, detalhadamente, o sofrimento dela mesma e da criança com relação à violência paterna.

No encontro com a psicóloga, ocasião na qual pudemos realizar uma leitura do prontuário e dos dados coletados pelos técnicos, nenhuma proposição de interdição da violência apareceu registrada por parte dos mesmos.

Expressões como “não acredito na criança”, “não temos certeza”, “a criança é mentirosa” apareciam como justificativa de uma passividade e conformidade perante a situação. Sabemos, é claro, das dificuldades de intervenção em situações de violência doméstica e, sobretudo, naquelas que envolvem abuso sexual.

E se isso ocorre em um bairro onde a violência é cotidiana como no Jardim D’Abril, quando ela é levada ao conhecimento dos órgãos responsáveis pelo cuidado da infância, o temor de represália manifestado pelos trabalhadores dos serviços existe, não se justifica. Os profissionais preferem a omissão, tanto quanto os moradores submetidos às leis locais, e instaura-se desse modo, um pacto de silêncio.

De novo estávamos às voltas com o problema da gestão. Como instaurar um movimento que produzisse uma saída para Maria? Como produzir Intercessores com os serviços de saúde, Conselho Tutelar, Promotoria da Infância, para que de fato Maria e sua mãe pudessem encontrar novas formas de viver? Como desmanchar um certo modo de produção de saúde que ali estava instalado para fazer surgir modos em que se criam possibilidades para expressar os afetos que pedem passagem?

A partir de um novo acordo — novo no sentido de combater o velho pacto de silêncio — com a direção da Unidade Básica de Saúde do Jardim D’Abril, resolvemos incluir na discussão o Fórum da Criança e do Adolescente e também um outro serviço de saúde, já que ficara claro que os profissionais da UBS local estavam

impossibilitados de cuidar desse caso. Nosso primeiro caminho foi acionar a equipe de saúde mental infantil do Ambulatório Peri-Peri, já que esse serviço é a referência de casos graves para a região.

Concomitantemente a esses encaminhamentos, informamos também a Supervisão de Saúde da região sobre os registros do prontuário da criança, por entendermos que esses dados de atendimento indicavam a omissão de providências necessárias que deveriam ser analisados para uma decisão do Conselho de Ética em Saúde.

Mas, como nos adverte Orlandi,

o combate há de ser cuidadoso com seu próprio estilo, pois ele nega a si próprio quando vai a reboque de uma “doutrina da razão universal”, de um apelo utópico a uma “cidade ideal” ou a um “Estado universal de direito”. Com efeito, esse combate privilegia a “singularidade”, que não é precisamente o individual, mas o caso, o acontecimento, uma “configuração de acontecimentos”, um “devir ativo”, uma “decisão” (Orlandi, 1999: 13).

Nos dias em que esta situação se desenrolou, um clima de indignação e tristeza tomou conta de alguns profissionais dos serviços que se viram envolvidos e ao mesmo tempo estranhados com o caso.

A rede de saúde e de cuidado à infância, muitas vezes desarticulada entre si, se viu acionada e argüida em vários dos seus pontos a partir da história de Maria.

A gestão para a construção das redes tem que levar em conta o plano de forças que atravessa a experiência. Quando um fora incluído vaza (a história de Maria), e se conecta com o fora que estava excluído (serviços de saúde), produz uma gestão que não é uma gestão sobre as coisas, mas uma gestão que podemos pensar coletiva. Neste sentido podemos aqui pensar tanto a saúde como a gestão como uma experimentação em rede.

Embora parceira desde o início do CECCO na composição da equipe da brinquedoteca, a equipe do Ambulatório Peri-Peri não conseguiu acolher essa história de violência de pronto. Considerações como “a falta de ética em acompanhar um caso de outro colega”, ou mesmo a posição em acolher “somente quando o caso chegar [diretamente] a nós” etc., indicava uma resistência (aquela que obstaculiza) por parte dela em acolher uma ocorrência de tamanha gravidade e complexidade.

Após encontros com a Supervisão de Saúde da Região e com alguns dos serviços da rede de saúde ligados ao caso, chegou-se a uma decisão, um devir ativo: Maria e sua mãe foram acolhidas no Serviço de Atenção às Vítimas de Violência Doméstica do Centro de Saúde-Escola Butantã. A entrada desse serviço, referência da região para casos de violência, foi muito importante não só para Maria e Sônia, sua mãe, mas para toda a rede de saúde envolvida no caso.

A partir desse acolhimento no CSE-Butantã, entendido como a possibilidade de fazer funcionar a rede de conversações, já definida nesse trabalho, Maria, Sônia e a equipe da brinquedoteca passaram a ter uma relação com os serviços de saúde e com o entorno bastante diferente.

TRAJETO 5: DA VIOLÊNCIA À SOLIDARIEDADE

De uma mulher rude, sempre desconfiada, de tratamento áspero com os profissionais da UBS Jardim D’Abril, Sônia passou a sorrir, cumprimentar, conversar, e, inclusive, a oferecer ajuda para o que fosse necessário. Segundo a diretora da UBS Jardim D’Abril, a usuária nos últimos tempos passou a se envolver com a vida cotidiana da unidade. Na brinquedoteca, sua relação com a equipe também se modificou.

A brinquedoteca da Associação do Jardim D’Abril possui uma infra-estrutura muito precária, e isso também se refere aos serviços de limpeza e manutenção. A mesma funcionária que é brinquedista, é também secretária e apoio para os serviços de limpeza. A verba de manutenção tanto para a limpeza do local e para reparos no prédio é praticamente inexistente.

Numa segunda-feira ao chegarem os estagiários na brinquedoteca para dar início ao trabalho com as crianças, encontraram muita sujeira no local. As atividades do dia com as crianças foram suspensas pelo tamanho da imundície, o que impossibilitava qualquer modo de encontro.

Sônia, que mora ao lado do prédio da Associação, procurou os estagiários oferecendo-se para o trabalho de limpeza da brinquedoteca. Sua indignação diante da sujeira e a impossibilidade de acontecer o encontro com as crianças era grande.

Sônia afirmava saber quem eram os responsáveis pelo lixo jogado no local, e que o trabalho com as crianças não era bem-visto por todos no bairro. Sua proposta diante da situação foi afirmativa: “sujeira a gente combate com limpeza”, disse.

Os estagiários, muito satisfeitos com a proposta combativa de Sônia de co-responsabilizar-se pelo cuidado da brinquedoteca, aceitaram a oferta imediatamente e se juntaram a ela na operação limpeza. Para além dos efeitos do trabalho realizado com Sônia e Maria, efeitos que eram percebidos não só nas atitudes de Sônia, mas também nas ações de Maria, que visivelmente a cada dia aumentava o viço, sinalizava-se um positivo envolvimento de ambas na co-gestão do projeto e até mesmo da própria Associação.

Outra situação semelhante pôde ser vista na problemática com a chave da instituição. Abrir o prédio da Associação onde funciona a brinquedoteca é privilégio para poucos. Além das diretoras da Associação, quem possui cópia da chave é uma das brinquedistas, que acumula, como já disse anteriormente, a função de faxineira e auxiliar de serviços gerais.

Nara é uma certa “faz tudo” da instituição e é, também, a “única” pessoa a quem de fato a diretoria confia as chaves.

Desde a constituição da parceria CECCO/Associação, para o trabalho na brinquedoteca, um dos acordos firmados era a manutenção pela Associação de duas brinquedistas contratadas pela mesma, as quais, junto com os estagiários do CECCO estariam nos encontros com as crianças e comporiam assim a equipe de trabalho cotidiano.

Após uns seis meses de iniciado o trabalho, uma das brinquedistas contratadas pediu demissão e Nara, com sua polivocidade, passou a ser requisitada também para outros projetos institucionais, como a oficina de costura, limpeza da sede da Associação, tudo isso em detrimento dos encontros com as crianças.

Esta situação tem sido pauta de discussão de muitas das reuniões semanais de planejamento da equipe da brinquedoteca. Já na solicitação inicial de parceria, percebia-se um desejo por parte da Associação de delegar para os estagiários do CECCO, o trabalho da brinquedoteca e, com isso, poder utilizar Nara para outras funções, por ser ela a única funcionária contratada da Instituição. Nossa posição de parceiros foi a de sempre permanecer na vizinhança, na co-gestão, no agenciamento entre CECCO e Administração.

Isso pôde ser claramente identificado no modo como a Associação recebeu a proposta de Sônia em colaborar na limpeza e manutenção do prédio da brinquedoteca. Ao contrário da equipe do CECCO, que vibrou com a proposta, tanto a diretoria da Associação, como a própria Nara, viram na proposta de Sônia uma “má-intencionalidade” que, segundo elas, demonstrava um desejo de ocupar o lugar de funcionária pertencente a Nara. Essa atitude dos dirigentes da Instituição demonstrava um modo competitivo nas relações entre associados e comunidade e um modo de gestão privado, pessoalizado, marcado por favoritismo de um espaço que se intencionava público, pertencente a uma comunidade.

Na condução desse processo, priorizamos tomar essas situações como analisadores de um modo de gestão. A inserção de Nara no trabalho nos indicava, de certa forma, o movimento institucional. Se tínhamos a intenção, no trabalho na brinquedoteca, de criar espaços de relações mais cooperativas e solidárias, intervir nessas situações muitas vezes fez-se necessário.

Nas reuniões periódicas para avaliações do trabalho pudemos reafirmar nosso compromisso com a formação de um coletivo da brinquedoteca. Discutir a iniciativa de colaboração de Sônia, por exemplo, foi um disparador de análise do processo participativo da comunidade na associação. Falamos a partir dessa situação de como a diretoria da instituição tem impossibilitado, pelo modo de funcionamento, o acesso dos moradores do bairro aos projetos da própria Associação.

Um fato muito interessante na análise do movimento da instituição foi a preparação de uma das festas do Dia das Crianças promovida pela brinquedoteca. A primeira tarefa que a diretoria se impôs consistiu na arrecadação de brinquedos para distribuição às crianças e ao mesmo tempo a solicitação, a entidades, de gêneros alimentícios a serem utilizados na preparação dos comes e bebes.

Na direção oposta, os estagiários do CECCO com as crianças, nas rodas de conversa, decidiram que todos poderiam participar da organização da festa e contribuir com o que fosse possível. Isso fez as crianças manifestarem sua força ativa e não ficarem reduzidas à história de carência do bairro, o que pode parecer simples, mas para as crianças do Jardim D’Abril significa descobrir o pleno funcionamento do desejo e a possibilidade de construir mundos diferentes.

A diferença entre a posição do CECCO, que direciona o projeto para um funcionamento que conecta o trabalho e a potência da comunidade envolvida, e

a posição da direção da Associação, que pensa a Instituição como provedora de necessidades para o bairro, foi o motivo encontrado para colocar em análise a gestão desse trabalho com as crianças e a inclusão da comunidade local no projeto.

Nessas análises do processo, percebemos (o CECCO e a Associação) o quanto a Associação se vê como uma instituição “para a comunidade” não “da comunidade”. Essa situação analisadora permitiu-nos pensar num encontro com os pais das crianças que freqüentavam a brinquedoteca.

A posição de Sônia e Maria nesse processo foi importante e reveladora do sentido desse projeto na vida de ambas. Elas se mobilizaram para a realização do encontro, chamaram as pessoas, fizeram uma “boca de urna” a fim de convencer os pais a comparecer no chamamento daquele dia.

Além de vizinha do prédio da brinquedoteca, Sônia tem um certo trânsito no bairro, conecta pessoas, conhece os passantes, é sabedora da trama comunitária. Sua posição afirmativa com relação ao trabalho da brinquedoteca, incentivou outras mães a participarem do encontro.

TRAJETO 6: ENCONTRO COM OS PAIS

O primeiro encontro com os pais das crianças que freqüentam a brinquedoteca, se deu após seis meses do início do trabalho.

As crianças que participam desse projeto vêm geralmente convidadas por amigos, ou mesmo por procura espontânea, atraídas pelo barulho das brincadeiras ouvido diante do portão.

A casa onde está instalada a brinquedoteca fica numa rua movimentada do bairro, que é passagem para o mercadinho, padaria, Posto de Saúde, escolas e creche. O barulho das crianças nas atividades, oficinas e jogos coletivos, além das brigas e confusões típicas da infância desperta muita curiosidade tanto nas crianças como nos adultos que passam pelo local.

Ao contrário das crianças de classe média para as quais os pais procuram atividades extracurriculares, como natação, ballet, línguas estrangeiras, computação,

as crianças do Jardim D’Abril, freqüentam quando muito a escola do bairro, e o resto do tempo perambulam pelas ruas sem qualquer acompanhamento dos pais. Isso acontece não porque esses pais não se interessam pela vida de seus filhos, mas porque a maioria deles está empregada em regiões da cidade muito distantes do Jardim D’Abril.

Quando iniciamos as atividades no início de fevereiro de 2005, uma média de vinte crianças já freqüentava os grupos de atividades da brinquedoteca. As fichas de inscrição para os grupos eram geralmente preenchidas pela própria criança. Esta ficha, com poucos dados, praticamente só endereço, filiação e escola onde estuda era usada como referência para conhecer a criança que nos procurava.

Com o passar do tempo, o aumento do número de crianças atendidas (em dezembro de 2006 tínhamos uma média de cento e vinte crianças), e situações que nos colocavam frente à necessidade de contato com os pais ou responsáveis, fomos nos dando conta da dimensão do trabalho ali constituído.

Retomamos na reunião de pais as discussões acerca dos vetores que nos conduziram para esse projeto que foram:

- Criar com as crianças espaços de brincadeiras e encontros, visto que o bairro, como já dissemos, carece desses espaços;
- Possibilitar, a partir da brinquedoteca, o encontro dos moradores do bairro com a Associação;
- Criar, a partir dessa abertura, redes de conexões e possibilidades de um convívio mais solidário na região.

Esses vetores que entendemos como vetores de existencialização foram assim pensados por entendermos que essas são funções que podem ter uma associação de bairro, mas também porque afirmamos ser esse o trabalho do CECCO como estratégia territorial: potencializar vetores de existencialização, que é a criação de possibilidades de vida, da criação de um possível onde parecia não existir, em que as atitudes segregativas que causam recusas das diferenças culturais e existenciais possam dar lugar ao que Guattari chamava de “lugares de vida”.

Segundo Guattari, a implantação de “lugares de vida” comunitários, independentes das estruturas oficiais pela sua inventividade fora dos quadros oficiais, se faz com grande dificuldade por não contarem com as tutelas ministeriais, embora

“mais do que nunca, a falta dessas estruturas se faz sentir. Só elas poderiam evitar, em certos casos, hospitalizações custosas e patogênicas nas estruturas oficiais” (Guattari, 1993: 196).

Em nosso primeiro encontro aberto para pais de crianças e outros interessados, os estagiários, junto com as crianças, realizaram uma bela apresentação do projeto. Uma cartografia do trabalho cotidiano: maquetes do espaço físico, painéis com desenhos e pinturas, fotografias dos encontros e das festas, chás, cafés, bolachas, e a animação das crianças esperaram os pais naquela quente tarde de sábado.

Os convidados foram chegando timidamente e se espalhando pelas cadeiras, na espera do início da reunião. O convite para esse encontro foi cuidadosamente pensado, pois sabíamos que os pais e responsáveis pelas crianças, além de terem os dias comprometidos quase que integralmente por suas respectivas ocupações, utilizam o final de semana nos serviços domésticos.

Isso posto, pensamos que o encontro na brinquedoteca deveria ser um momento de descontração e prazer, de convivência e de alegria. Ao contrário do que muitas vezes acontece quando os pais são convidados para reuniões nas escolas e nas creches, e são bombardeados com reclamações sobre o filho, desejávamos aproximar e contagiar os adultos com nosso trabalho e também com a Associação comunitária.

Os estagiários, a diretoria da Associação, a coordenação do CECCO, todas as mães, irmãs, avós, tias e crianças, tiveram a oportunidade de se apresentarem uns aos outros. Percebemos, pela apresentação das mulheres²² que compareceram à reunião, terem elas já incorporado a brinquedoteca no seu cotidiano. Disseram ser muito bom sair para trabalhar e saber estarem as crianças ali, brincando, e não na rua submetidas ao risco da violência e do tráfico.

A quase totalidade das mães, irmãs, avós e tias que estiveram nesse encontro é trabalhadora doméstica, ou trabalham em empregos informais — catadoras de papel, por exemplo —, geralmente em regiões mais centrais da cidade. Com isso saem muito cedo de casa e, como já se disse anteriormente, voltam somente à noite, o que dificulta o acompanhamento da vida cotidiana das crianças. Estas ficam, na melhor das hipóteses, com irmãos mais velhos, uns a cuidar dos outros, ou os

22 Apesar do convite para a reunião ter sido extensivo aos homens, não houve presença masculina.

cuidados são entregues a pessoas da comunidade, que prestam na própria residência serviços semelhantes ao de creche.

Isso acontece porque as creches não tem vagas suficientes para todas as crianças que necessitam, e as escolas não oferecem atividades extracurriculares fora do horário normal de aulas, que é geralmente de quatro horas/dia.

No encontro da brinquedoteca tratamos de assuntos diversos, como esse citado acima, as festas, a limpeza do espaço, a participação das mães, as parcerias da Associação na gestão dos trabalhos.

Num primeiro momento da reunião, percebíamos, por parte das mulheres presentes, uma certa anestesia como se não habitassem aquele espaço, uma espera, um silêncio. Mas, durante a apresentação, a tensão diminuiu, apareceu a descontração, sorrisos contidos que logo foram se transformando em gostosas gargalhadas, modificando a atmosfera tensa do início do encontro. Aos poucos, um clima de cooperação foi surgindo e podíamos entrever um esboço do coletivo da brinquedoteca.

Insistimos na importância da formação desse coletivo, porque entendemos que este projeto só pode se concretizar, se interessar o máximo de parceiros possíveis para que a Associação e o trabalho da brinquedoteca não se feche sobre si mesmo. Que mais Sônias apareçam com seus desejos de inovar e criar aberturas para a instituição.

Desde o início da parceria com a Associação Cultural, temos afirmado a intenção de tornar a brinquedoteca, um projeto público da comunidade. Para isso pensamos ser fundamental que os moradores do Jardim D’Abril, Jardim do Lago e Jardim Imperial, se aproximem e se contagiem com o trabalho.

Após esse primeiro encontro outros aconteceram, com as mães das crianças da brinquedoteca. Festas, eventos comemorativos, também enriqueceram os encontros das crianças que não ficaram reduzidos ao espaço de brincadeiras.

Atualmente, todos os projetos da brinquedoteca são planejados e executados pela Associação e pelo CECCO, mas também pelas crianças, suas mães e outros que se associam eventualmente a um ou outro evento de seu interesse.

Pensamos que nesse sentido a brinquedoteca tem-se tornado mais pública, e ampliou o seu papel junto à comunidade. Esse papel inclusive é bem diferente daquele

que encontramos no início da parceria. Hoje a brinquedoteca tem sido tomada pela comunidade, ela se caracteriza menos como um espaço para a comunidade e mais como um espaço comunitário.

TRAJETO 7: A PARCERIA COM A AMANA

A Amana-Key é um centro de excelência em gestão, e uma rede mundial de associados. O objetivo é servir como referência mundial em inovações radicais em gestão que sejam capazes de gerar desenvolvimento genuíno de pessoas, organizações, comunidades, e do todo maior.

A Amana, é uma parceira da Associação Cultural União de Bairros. Paga o aluguel de uma casa conhecida na comunidade do Jardim D’Abril como Casa Aberta, a qual recebe, para trabalhos em oficinas, principalmente, idosos e pessoas com problemas de geração de renda. Nela encontram-se oficinas de costura, de marcenaria, de culinária, e funciona a sede da Associação.

O outro prédio da Associação, recém-construído com verba cedida pela Prefeitura do Município de São Paulo, Subprefeitura do Butantã, em terreno doado pelo Condomínio Parque dos Príncipes, é onde funcionam o projeto brinquedoteca, o MOVA,²³ projeto de alfabetização para adultos, e está instalada a biblioteca da Associação.

Quando iniciamos a parceria com a Associação, além do aluguel da casa, a Amana contribuía com recursos financeiros para as festas e eventos. Como mantenedora parcial da Associação, também palpitava nos trabalhos que ali acontecem.

Foi numa dessas visitas da Amana à Associação que um de seus diretores conheceu a brinquedoteca. Nossos primeiros contatos se iniciaram quando um dos diretores da Amana solicitou aos estagiários do CECCO, o projeto da parceria

²³ MOVA-SP. Movimento de Alfabetização de Adultos da Cidade de São Paulo. Parceria entre a PMSP, o Instituto Paulo Freire e a Universidade de São Paulo.

CECCO/Associação, para entender um pouco mais da função do CECCO no trabalho naquele território.

Após esta visita, e o envio do projeto, decidimos marcar um encontro com a Amana para que as instituições parceiras da Associação se conhecessem melhor, e também para contar do projeto brinquedoteca, que aparentemente teria contagiado a Organização.

Nesse primeiro encontro, as três instituições (CECCO, Amana, e Associação), explicitaram suas expectativas e interesses pelo trabalho. Nessa ocasião percebemos na Amana, que desde a criação da Associação contribuía quase que assistencialmente com a mesma, interesse em modificar a qualidade dessa parceria.

Era visível na fala do diretor um desejo de vincular-se a projetos realizados na Associação, e a partir daí constituírem-se verdadeiramente como parceiros e não como mantenedores. Mas, se por um lado, nós do CECCO, considerávamos essa mudança estratégica para a autonomia da Associação, medos e temores de sucumbir pairavam no ar por parte desta.

Como fruto de uma região periférica e sem recursos, a Associação Cultural União de Bairros construiu-se com muita fragilidade. Nessa construção, uma cultura assistencialista e paternalista propagou-se como função da Amana para com a Associação e também da Associação para com o bairro e seus moradores.

Realizar trabalhos em benefício de idosos, e portadores de deficiências foi uma das missões primeiras que se propôs à Associação, o que, num primeiro momento, também foi a expectativa com relação ao trabalho da brinquedoteca. A relevância no atendimento às crianças deficientes foi uma das solicitações da Associação.

Nossa posição em criar um espaço que atendesse a qualquer criança do bairro, e com isso atender também às crianças portadoras de necessidades especiais, foi um analisador de um modo de gestão na implementação do projeto. Nesse momento a função CECCO que opera com o conceito de inclusão como a fabricação de redes sociais, foi fundamental, pois desviamos o curso da Associação de trabalhar com os excluídos e relançamos para o trajeto da experimentação em rede.

Após meses de conversações, interações, aumento da vibração entre as instituições envolvidas, a Amana passou a ser parte da rede do projeto brinquedoteca.

No lugar de figurar como mantenedora, portanto, avaliadora dos projetos existentes, a Amana passou a ser uma das linhas que compõe o projeto, tanto quanto a Associação e o CECCO. Com esse modo de gestão, nosso trabalho vem crescendo cotidianamente, sendo a definição das tarefas cada vez mais definida pelas regras de funcionamento do projeto e menos pela hierarquia ou posição institucional.

Esse modo de funcionamento tem também se desviado para outras instituições e entidades do território. As pequenas reuniões do projeto brinquedoteca desdobram-se em reuniões da “redinha do Abril” que, por enquanto, integra a escola local, a UBS, a creche, o CECCO, a Amana, a Associação.

Nas reuniões da “redinha” ampliam-se as discussões para além do projeto brinquedoteca, e discutem-se situações gerais do bairro como, por exemplo, a construção de um espaço de lazer para as crianças do Abril.

Nesse sentido vamos observando nesse projeto sua dimensão de rede, como nos propõe Pierre Musso: “a rede é uma estrutura de interconexão instável, composta de elementos em interação e cuja variabilidade obedece a alguma regra de funcionamento” (Musso, 2004: 31).

A brinquedoteca vai assim aos poucos se desdobrando em vários projetos e deixando de ser centro, passa a ser um dos pontos da rede Jardim D’Abril.

Se, o tecido social é constituído pelo conjunto das mediações sociais,

não se trata apenas da mera atuação nas brechas abandonadas pelas instituições. Isso não bastaria para recuperar o tecido social (...) A ação nesse vazio é premente e fundamental. Entretanto, é preciso que ela se faça transitiva, e, para tanto, a espiral em torno da idéia do “gerativo” é imperiosa, pois o envolvimento efetivo e digno dos indivíduos precisa estabelecer-se sobre o pressuposto da inclusão, da responsabilidade, do afeto e do respeito (Soares, 2003: 6).

Na perspectiva de Raquel Soares a hibridização é a única saída possível pois não são viáveis as medições tradicionais. “Não se trata de resgate, porque esta noção supõe uma espécie de retorno temporal (...) Trata-se sim, de invenção e criação de novas estruturas sociais, capazes de comportar toda a complexidade da contemporaneidade e de seus sujeitos, obrigados a permanecer acorrentados” (idem).

O PROJETO DA RÁDIO

TRAJETO 1: A CRIAÇÃO DO PROGRAMA DE RÁDIO UBITATÁ

A oficina de rádio do CECCO acontecia inicialmente na terça-feira à tarde. A movimentação do auditório começava logo após o almoço, com a chegada de Alcides e sua aparelhagem de gravação.

Alcides é no CECCO um grande animador dos projetos culturais: oficina de música, oficina de violão e viola e seu projeto mais precioso: a rádio. Recebê-lo no serviço foi uma grande alegria, pois, além dele ter participado da fase inicial do CECCO, anterior ao PAS (1989-1996), ele é, dentro da sua formação de psiquiatra, um aventureiro das trajetórias nômades.

O Sr. José, nosso segurança, e alguns usuários do CECCO que participam da oficina da rádio são aqueles que, junto com Alcides fazem semanalmente o esforço inicial da arrumação e preparação da aparelhagem para a gravação do programa Ubitatá. Esse nome foi escolhido pelo grupo da oficina a partir de uma derivação dos originários indígenas da região do Butantã.

O nome Butantã vem do indígena *Ybitanta* que significa taipa de terra roçada em alusão ao Forte Emboaçaba. A região do Butantã estava no caminho para esse forte. Em um documento datado de 1592 a região está registrada como Ubutantã, portanto surgiu de Ybitanta: Ubutanta / Botanta / Butantan / Butantã.

A escolha do nome do programa foi uma tarefa divertida desta oficina. Irene (outra animadora da rádio) e Alcides convocaram todos os usuários para a pesquisa

que contou com a fundamental participação de dona Mazé, usuária das atividades do CECCO, moradora e pesquisadora do Butantã, autora de um livro, sobre a região, que muito nos auxilia nas consultas sobre o bairro (Querido, 1999).

A oficina de rádio já trazia na sua fase embrionária um desejo de se experimentar “no ar”. Desde o início do projeto, coordenado por Alcides e pela Irene, dois vetores nortearam nossas discussões sobre o trabalho:

- Primeiramente, desejávamos uma oficina de rádio que necessariamente produzisse um programa que “fosse ao ar”.
- Segundo, não desejávamos que esse programa tivesse a marca de um serviço de saúde mental.

No trabalho em um serviço como o CECCO, nos deparamos cotidianamente com produções culturais que não ultrapassam as delimitações do espaço terapêutico. Vários são os projetos de rádios existentes nesses serviços ou em outros serviços de saúde mental que não se afirmam fora do espaço instituído da clínica: gravações que nunca se firmam como programação, programas que nunca foram ao ar, ou ainda programas que se definem como identitários da grife saúde mental.

Nossa perspectiva, com o projeto rádio, era exatamente outra. A parceria com uma rádio que, segundo seu coordenador, é uma rádio pirata do Butantã, a TOP FM, 103.7, foi fundamental para o início deste projeto. Alcides foi quem articulou com o Sr. Torres, coordenador da rádio TOP FM, um horário da programação semanal desta rádio para inserir o programa Ubitatá. A gravação, que aconteceria no CECCO, e seria enviada por CD para a rádio, começou a ser transmitida todos os domingos pela manhã.

Com a proposta de se constituir como um programa de variedades, com música brasileira — MPB de qualidade, dizem os participantes —, o “cantinho da colher de pau”, informações sobre saúde, entrevistas com pessoas do Butantã, informações sobre eventos culturais, esportivos, e de lazer da região do Butantã, o programa Ubitatá reúne toda semana um grupo de usuários que se reveza nas diversas tarefas da rádio.

Na busca dessas informações sobre a região, das receitas e dicas de cozinha, no acompanhamento das revistas e jornais sobre acontecimentos relevantes, na preparação de uma entrevista, se desdobram esses técnicos e usuários do Ubitatá, a fim de levar ao ar o programa semanal.

Por estar inserido numa programação de rádio clandestina com alcance pequeno e restrito ao território do Butantã, o Ubitatá é também um programa das minorias, “sim porque a coisa consiste em *varrer as redundâncias dominantes*” (Guattari & Rolnik, 2000: 109).

Desde o início do projeto, nosso desejo foi consolidar uma programação de rádio livre no Butantã. Isso em razão tanto dos princípios que norteiam esse tipo de rádio, que são organizadas para fazer falar o que não se fala pelos canais oficiais, como também para podermos produzir um canal para a expressão das sensibilidades que pulsam nesse território.

Segundo Guattari, a rádio livre “é uma utilização inteiramente diferente da mídia de rádio. Não se trata de fazer como a rádio dominante — nem melhor, nem na mesma direção, que a rádio dominante. Trata-se de encontrar um outro uso, uma outra relação de escuta, uma forma de *feedback* e de fazer falar línguas menores. Trata-se ainda de promover um certo tipo de criação que não poderia acontecer em nenhum outro lugar” (ibidem: 106).

Mas isso não significa termos por proposta nos apresentarmos como uma rádio de saúde mental com a bandeira dos loucos e dos excluídos; ao contrário, desejamos afirmarmo-nos como uma programação regional produzida por pessoas comuns daquela região (incluindo aí todos os loucos e companhia), e com isso poder afirmar que o homem comum é portador de um estilo muito diferente das rádios oficiais.

Os usuários que dele participam não possuem nenhum pré-requisito para a participação. Muitas pessoas que procuram espontaneamente o CECCO e se inteiram da programação de oficinas nos perguntam se é necessário saber “falar na rádio” ou saber “mexer na aparelhagem de som”.

Diferentemente de outras rádios hegemônicas que têm na sua programação um certo padrão de tonalidade de voz, e outros modos-padrão de fazer rádio, buscamos inserir “no ar” uma certa gagueira característica do homem comum, “uma linguagem afetiva, intensiva e não mais uma afecção daquele que fala” (Deleuze, 1997: 122).

O valor desse tipo de produção, que podemos aqui pensar como uma operação poética, está justamente no seu caráter de inacabamento, de singularização, de conexões com a coletividade local, configurando assim uma ruptura com o universo cultural hegemônico e dando assim outra direção para a criação: “uma potência

de bifurcação e de variação, de heterogênesse e de modulação própria da língua” (Deleuze, 1997: 123).

E, se assim produzimos um modo minoritário de fazer rádio, é por esse modo estar conectado com nosso método de gestão no CECCO, o modo de produção na experimentação conectiva da rede.

Mas se é verdade que o programa Ubitatá é um programa minoritário, justamente por não tratar de totalidades, de universalidades, isso não quer dizer que exercer a singularidade signifique estar atrelado à minoria identitária ou às desigualdades sociais. Diferente disso, apostar numa política minoritária como o programa Ubitatá é apostar numa política emancipatória, uma política de multiplicação dos devires democráticos.

Para Alexandre Barbalho sobre a mídia: “Afinal é a mídia que, nos dias de hoje, detém o maior poder de dar a voz, de fazer existir socialmente os discursos. Então, ocupá-la torna-se uma tarefa primordial das políticas das diferenças dando vazão à luta das minorias no que ela tem de mais radical (no sentido de raiz): poder falar e ser escutado” (Barbalho, 2004: 4).

TRAJETO 2: CONHECENDO UM POUCO DAS RÁDIOS CLANDESTINAS

A rádio comunitária é um tipo de emissora que funciona sem a permissão do governo federal. Normalmente possui baixa potência de transmissão, e seu alcance é restrito a um bairro ou a uma comunidade. “Para obter a autorização da Anatel, e do Ministério das Comunicações, a rádio deve ter um transmissor com potência máxima de 25 watts (cujo alcance é de, aproximadamente, um quilômetro), uma antena de até 30 metros, e não ter fins comerciais”.²⁴

Como o próprio nome já diz, essas emissoras são direcionadas para os ouvintes das próprias regiões de onde estão emitindo o seu sinal. Com isso, elas ganham uma maior identificação com os moradores de sua comunidade que buscam informações do seu bairro e da sua rua.

24 ANATEL Agência Nacional de Telecomunicações. *Revista da Folha*, 20/06/2007, p. 16. *Folha de S. Paulo*. <<http://www1.folha.uol.com.br/revista/rf1006200705.htm>> (Acesso em 27.07.2007).

A inspiração para o surgimento dessas rádios no Brasil foram as rádios livres européias, principalmente as da Itália. A onda chegou por aqui na década de 1970, ganhou um certo fôlego nos anos 80, e se consolidou de vez na década de 90. As rádios livres na Itália possuem um perfil mais libertário, politizado, pertencentes em geral a grupos de minorias, e movimentos sociais, que desejam expressar suas idéias e interesses. São geralmente emissoras que não se pretendem legalizar.

Já na Inglaterra as rádios livres foram denominadas rádios piratas, expressão surgida nos anos 50, “quando, para fugir do controle estatal nas comunicações, algumas rádios começaram a transmitir de barcos, fora das águas territoriais inglesas. Assim como os navios piratas, os barcos também possuíam bandeiras pretas”²⁵.

Segundo o site da Rede Viva Favela, ONG criada pelo Projeto Viva Rio:

O rádio nasceu no século XIX. Guglielmo Marconi fez a primeira transmissão radiofônica em 1874. Com a expansão das ondas de rádio os governos perceberam a força que a comunicação irradiada tinha e adotaram a prática da concessão dos espaços eletromagnéticos, que perdura até hoje, incluídas também as televisões. Paralelas às rádios permitidas pelos Estados, sempre existiram as rádios livres, clandestinas, secretas, marginalizadas, de guerra, de paz, rádios de guerrilha, de trabalhadores, enfim, rádios organizadas por gente que precisava falar o que as oficiais não tinham permissão para fazê-lo. Estas rádios se difundiram pelo planeta, em várias línguas e por diferentes propósitos, mas sempre primando pela liberdade de expressão, pela liberação das ondas para qualquer um que queira falar aos seus semelhantes.²⁶

Esse tipo de rádio tenta fazer frente aos grandes meios de comunicação, que geralmente manipulam a informação e fazem desse poderoso veículo um grande negócio capitalista impedindo que se veicule o interesse de pequenos grupos ou mesmo de grupos minoritários.

No Brasil é o caso, por exemplo, da Rádio Favela, rádio comunitária da vila Nossa Senhora de Fátima, localizada no Aglomerado da Serra na cidade de Belo Horizonte. Esta rádio começou a funcionar com equipamentos improvisados, a

25 Idem.

26 Cartilha: “Rádio Comunitária. O que é e como montar”. Site: <www.redevivafavela.com.br>.

partir de iniciativa autônoma de moradores da favela no ano de 1981. A Rádio Favela, “a voz do morro”, em razão da forte repressão existente no País, mudava-se de barraco em barraco, “ampliando gradativamente, o número de pessoas da própria comunidade com ela envolvidas”.²⁷

A Rádio Favela é, atualmente, a Associação Cultural de Comunicação Comunitária Favela FM, entidade de caráter comunitário, sem fins lucrativos, que se estruturou na intenção de criar espaços para a divulgação de música e da cultura da favela, falar da discriminação contra os moradores, conscientizar os jovens da comunidade quanto aos problemas relacionados à violência, às drogas e ao tráfico.

Em 1996, a rádio favela “se institui legalmente como uma entidade cultural, reforça seu caráter comunitário e adquire um alvará de funcionamento fornecido pela Prefeitura”.²⁸

Uma outra experiência importante de rádio comunitária, esta em São Paulo, é a rádio comunitária de Heliópolis, que funciona há treze anos em uma das maiores favelas de São Paulo. A Rádio Heliópolis atinge toda a comunidade de Heliópolis, que tem 120 mil habitantes, e uma extensão de um milhão de metros quadrados, além dos bairros: São João Clímaco, Jardim Patente, Vila Vera, Moinho Velho, Vila Alpina, Vila Prudente, Sacomã, e grande parte da cidade de São Caetano, município vizinho a Heliópolis.

Um desses projetos alternativos de comunicação, que já virou lei municipal (Lei no 13.941) aprovado pela prefeitura em dezembro de 2004, é o EDUCOM — Educomunicação pelas ondas do rádio.²⁹

Esse projeto tem como objetivos principais: incentivar as atividades de rádio e televisão comunitária em instalações públicas, incentivar atividades relacionadas à introdução de recursos da comunicação e da informação nos espaços públicos e privados voltados à educação e cultura, desenvolver ações dirigidas a crianças e adolescentes nos campos de cultura, cidadania e comunicação, aumentar o vínculo entre os serviços públicos e a comunidade nas ações de prevenção da violência com a utilização dos meios tecnológicos que facilitem a expressão e a comunicação.

Ainda um outro projeto de comunicação muito interessante, este parceiro do CECCO para as oficinas de vídeo, é o “Cala a boca já morreu — porque nós também

27 Fonte site Rádio Favela: <<http://www.radiofavelafm.com.br/favelaa/historia.htm>>.

28 Idem.

29 Projeto de Lei do vereador pela Câmara Municipal de São Paulo, Carlos Neder [556/02].

temos o que dizer!”. Esta instituição, criada em 1995, origina-se de uma proposta de Educação pelos Meios de Comunicação.

“CALA-BOCA JÁ MORREU!” é uma resposta muito antiga utilizada para impedir que alguém impeça um outro de opinar ou mesmo decidir sobre assuntos em pauta. Muito utilizada na relação criança / adulto; criança / adolescente, a expressão é usada quando se quer garantir um direito de dizer o que se tem a dizer, conforme já indica o subtítulo do projeto.³⁰

Segundo seus organizadores, “esse nome traduz, por fim, a intenção maior do projeto de, ao incluir e garantir espaços para a expressão de crianças, adolescentes e jovens nos meios de comunicação, tornar evidente o direito que possuem de ter acesso aos bens e recursos da comunicação social”.

A concepção do “Cala-Boca” é o trabalho coletivo, “... assim, as crianças, adolescentes e jovens assumem um papel protagônico nas etapas de criação, produção, apresentação e avaliação de todas as ações necessárias para a concretização dos objetivos do projeto, em todas as atividades que desenvolvemos”.³¹

O CECCO tem realizado na parceria com essa ONG, e outras unidades de saúde (CAPS Butantã, UBS Vila Dalva), vários projetos de vídeo, inclusive compondo uma rede de jovens e adolescentes da região, que hoje se denomina Grupo de Vídeo Andarilho.³²

Todos esses “projetos alternativos” (Guattari & Rolnik, 2000: 103) de comunicação que aqui acabamos de sobrevoar têm tido nosso interesse por suas fortes contribuições para a construção de comunidades e redes de conexão social.

Iniciativas como a rádio Xilik (PUC-SP-1985), rádio Vírus (Hospital das Clínicas-SP), rádio Dengue (SP), rádio Totó Ternura (ECA-USP), rádio Muda (Unicamp-Campinas-SP), dentre infinitas outras, são mantidas quase sempre por grupos e coletivos com projetos contra-hegemônicos e autogeridos. Marisa Meliane (1995) esclarece bem sobre a história das rádios livres no Brasil.

A rádio TOP FM, parceira do CECCO no programa Ubitatá, tem uma proposta arrojada: aberta à comunidade local, recebe projetos de pessoas, grupos

30 Fonte: Projeto “Cala-Boca já Morreu. Uma proposta alternativa de Educação pelos meios de comunicação”. <<http://www.eca.usp.br/nucleos/nce/pdf/068.pdf>> (acesso em 28.07.2007).

31 Idem.

32 Esse grupo é coordenado por Sérgio Urquiza, psiquiatra do CECCO.

ou instituições que queiram produzir vozes destoantes na mídia. Uma tecnologia nômade de comunicação.

Segundo Adriana de Souza e Silva, pesquisadora do campo das artes e das tecnologias móveis, atualmente,

as tecnologias nômades de comunicação criam comunidades não contíguas em espaços físicos. Não é possível comparar tais comunidades às tradicionais interações cara-a-cara, visto que a comunicação acontece tanto entre pessoas que compartilham a mesma localidade, como também entre indivíduos que habitam espaços físicos distantes. Para se criar sociabilidade, não é mais preciso compartilhar a mesma vizinhança, nem estar em um lugar específico conectado à Internet (Souza e Silva, 2004: 283).

A autora ainda nos fala:

as tecnologias nômades de comunicação re-inventam espaços urbanos como ambientes de multiusuários, significando que agora é possível se comunicar com indivíduos que estão presentes fisicamente, ao mesmo tempo em que se move pelo espaço físico, que é também habitado por outras pessoas. É a implicação de contextos que cria a experiência de multiusuários (idem).

Nessa trajetória, o programa Ubitatá, um dos programas da TOP FM, tem sido considerado, por nós do CECCO, uma tecnologia nômade de comunicação.

Diferente das oficinas do serviço que tem uma comunidade que compartilha a mesma localidade, o programa Ubitatá tem, além dos participantes que realizam o programa, uma comunidade de ouvintes que não estão presentes fisicamente, mas que criam uma “experiência de multiusuários”.

O programa, que vai ao ar (ainda de forma irregular) aos domingos pela manhã, é, portanto, um projeto que hibridiza o espaço do CECCO, e redefine as fronteiras entre os usuários reais da rádio e os usuários virtuais, não menos reais à medida que se conectam com o CECCO e com nosso modo de produzir saúde a partir dessa tecnologia.

Muitas foram as vezes em que a equipe do CECCO se questionou sobre o número de usuários freqüentadores da rádio. Acostumados com um modo de

produção de saúde que só quantifica em números os usuários atendidos no serviço, a rádio pode transformar a idéia de oficina em “matéria geradora de um outro espaço, o espaço híbrido das redes” (Toledo & Cruz, 2004).

A maioria das oficinas do CECCO que, aparentemente, tinham um espaço contíguo e familiar, também foram se contaminando com o projeto rádio que impõe ouvintes (usuários) distantes e desconhecidos como participantes, uma rede móvel de pessoas. Sem eles o projeto rádio não existiria.

Isso também nos remete à idéia de Hélio Oiticica e Lygia Clark de que o espectador é participante da obra de arte, pois sem eles a obra de arte não existe.

Numa típica gravação semanal do Programa Ubitatá, Alcides inicia o programa convidando todos os ouvintes da rádio TOP FM para participarem do processo de gravação que acontece todas as terças-feiras no CECCO. Momento em que é a vez e a voz de Cidinha falar o endereço, e o telefone do CECCO para maiores informações. No meio de sua fala — um corte de Irene — sugere que ela fale mais alto. A música de Arrigo Barnabé finaliza a informação.

Após a música, a receita do Cantinho da Colher de Pau — um bolo de fubá caseiro para aqueles dias de muito frio — e mais música, poesias de Dona Mazé, um recado da oficina de horta do Cláudio, a quermesse da igreja São Lucas, a campanha da Dengue; e mais música, a notícia sobre o cachorro desaparecido de Dona Iolanda, e esta que aproveita a ocasião para reclamar da subprefeitura.

O cotidiano da rádio Ubitatá se mistura com a vida coletiva da região do Butantã. Uma polifonia de vozes — no estúdio e no ar — invade os ouvidos dos moradores (não sabemos quantos), e dos passantes do bairro. Quando se passa pelo Km 15 da rodovia Raposo Tavares corre-se o risco de ser afetado clandestinamente pela TOP FM, e se, por acaso, isso acontecer num domingo de manhã, quem sabe talvez se possa ouvir o programa Ubitatá.

TRAJETO 3: O NOVO PROGRAMA UBITATÁ

Mas o ano de 2006 foi um ano conturbado e difícil para o programa Ubitatá. Além da rádio TOP-FM ter sido apreendida, e lacrada pela ANATEL, ficando

assim impossibilitada de ir ao ar por alguns meses, o equipamento de gravação do programa quebrou várias vezes, o que inviabilizou, inclusive, as gravações do CD para posterior divulgação.

Segundo a Radiobrás— Agência Brasil, em notícia de 4 de agosto de 2006, a Polícia Federal fechou, em São Paulo, naqueles dias, dezessete rádios, dentre essas a rádio comunitária de Heliópolis, e a rádio TOP-FM nossa hospedeira, “rádios suspeitas de funcionarem clandestinamente.”

Estes entraves comuns a esse tipo de rádio, acabaram por desmobilizar muitos dos participantes do programa Ubitatá. As questões que surgiam naquele momento eram no sentido de: como sustentar o dispositivo Ubitatá e pôr para funcionar outras composições de fluxo? Como colocar em análise as formas e gerir esse processo?

Uma das saídas encontradas foi uma parceria com a Casa de Cultura do Butantã, que recebeu o projeto rádio inserindo-o na sua programação cultural.

A Casa de Cultura do Butantã é um serviço da Secretaria da Cultura da PMSP. Ao todo existem 14 casas de cultura no município de São Paulo. Administradas pelas subprefeituras, são dotadas de sala de leitura, bibliotecas comunitárias, e espaços abertos à comunidade para a realização de atividades de cultura, lazer, e eventos do bairro.

A parceria do CECCO com a Casa da Cultura ampliou nossas experimentações com a rádio, produziu uma nova composição de forças (o meio da cultura), e assim uma ruptura com os códigos estritamente da clínica. O que acontece quando radicalizamos a experiência num certo campo, é que encontramos o que não é próprio do campo, mas é o que é o político — a experiência da *polis*.

Mas assim como outros serviços públicos que carecem de recursos materiais para a concretização dos projetos, a Casa de Cultura do Butantã apesar de possuir um bom espaço físico, e um desejo da coordenação para abrigar projetos culturais, não possui equipamentos para fazê-lo. As gravações do programa Ubitatá, efetuadas por quase um ano no espaço da Casa da Cultura, foram realizadas com materiais e equipamentos dos técnicos do CECCO.

No final de 2006, com a contratação de um oficineiro³³ para a oficina de rádio, a possibilidade de uso de um computador (mesmo que precariamente), e da

33 Profissional do campo da arte, cultura, trabalho ou lazer, que tem como função no CECCO transversalizar os projetos da saúde criando um hibridismo com outros campos.

utilização da Internet, o programa Ubitatá passa por um rearranjo, e se inicia um novo modo de fazer rádio no CECCO.

Giuliano nosso oficineiro da rádio, que já trabalhava com a gente no Projeto de Vídeo, foi contratado pelo CECCO³⁴ para coordenar junto com Irene e Alcides o programa Ubitatá. A vinda desse profissional de comunicação foi essencial para a expansão do projeto.

Já na sua proposição para o processo seletivo pelo qual foi submetido para compor a equipe do CECCO, Giuliano tinha novas saídas para nosso Projeto de Rádio:

Os tempos são outros, entendemos que seja possível apresentar estratégias de vínculo social através do rádio, bem como pensar o comum através dele. A intenção é possibilitar a instrumentalização de determinadas técnicas básicas para a edição e programações relacionadas ao rádio. Pensamos outros meios, como a Internet e o broadcasting, como uma outra possibilidade de criar vínculos e também pensar o espaço comum de nossos ouvidos, de nossa subjetividade. Menos que propor grandes revoluções que sempre cercaram o temor do poder instituído e das concessões radiofônicas no País, a oficina pretende apresentar possibilidades técnicas de um convívio social (Obici, 2006).

A idéia de se constituir como uma Webrádio, e uma nova parceria com a TOP-FM (que voltava ao ar clandestinamente), potencializaram o Ubitatá e seus participantes resultando numa conexão positiva, a criação de uma nova série de programas.

Como fala Alexandre Barbalho é a partir dessas intervenções culturais que os seus participantes podem fazer suas próprias mediações com o mundo. Para o autor,

Invenções não necessariamente grandiosas, revolucionárias, visíveis. Podem ser microscópicas, cotidianas e fortes em seus acontecimentos infinitesimais. (...) É dentro desse espaço possível de

³⁴ As contratações de vários oficineiros para o CECCO se deram graças a uma parceria dos CECCOS com a Secretaria Municipal de Participação e Parcerias num projeto denominado Ofício Social. Este projeto teve duração de seis meses, e foi interrompido na última mudança de secretário.

criação/produção e de socialização/consumo de conhecimentos, de imagens, de afetos que podem atuar as minorias constituintes (Barbalho, 2004: 8).

O programa Ubitatá tem tido uma trajetória itinerante. Não tem ponto fixo e vai caminhando, acompanhando as sensibilidades coletivas que o atravessam constantemente.

Recentemente, um novo encontro aconteceu, desta vez entre o programa Ubitatá e a brinquedoteca do Jardim D' Abril. Em uma das reuniões da equipe do CECCO (um dos espaços em que os projetos se articulam), tratávamos do caso de adolescentes do Abril que buscavam na brinquedoteca alguma atividade e mostravam interesse por projetos com rádio. Esses meninos contaram para a equipe da brinquedoteca que na escola do bairro existia um equipamento completo e sem uso de rádio que a escola adquiriu por ocasião da implantação do projeto EDUCOM (já citado).

Nossa grande dificuldade com o projeto sempre foi o equipamento de rádio que ora estava quebrado, ora interditado. Num encontro com o diretor da escola na redinha do Abril (aquela que citei no projeto brinquedoteca), contamos do nosso projeto de rádio e do desejo de nos juntarmos a eles, não somente para o uso do equipamento, mas pela possibilidade de atender os adolescentes da região que nos procuravam para atividades desse tipo. A proposta foi aceita de pronto e a rede do Abril tem agora mais um ponto.

Agora o Programa Ubitatá se dirige ao encontro dos adolescentes, da escola, do Jardim D'Abril, e junto com ele vamos nós do CECCO, os participantes da gravação do programa, os ouvintes: a rede Ubitatá.

O PROJETO VÍDEO

TRAJETO 1: PROBLEMATIZANDO O CONCEITO DE REDE DE SAÚDE

*T*oda quinta-feira pela manhã é dia de “reunião de chefia” da Supervisão Técnica de Saúde do Butantã.³⁵ É nessa reunião que todos os diretores das unidades de saúde do Butantã se encontram semanalmente com o supervisor regional de saúde. Nesse encontro são discutidas as questões relativas às unidades, e à saúde da população da região. São realizados planejamentos das áreas temáticas: saúde da mulher, saúde mental, saúde da criança, saúde do idoso, adulto, campanhas de vacinação, controle da dengue, regulação de consultas e exames especializados, além de outros.

Na verdade, o que chamamos informalmente de “reunião de chefia” é o Conselho Técnico Administrativo em Saúde Regional do qual participam todos os administradores de saúde local.

O CECCO é uma das unidades de saúde que integra a rede de saúde da Supervisão do Butantã e que, portanto, tem representação na “reunião de chefia”. É importante ressaltar que se no decorrer dessas cartografias temos trabalhado a idéia de rede como rede rizomática, como agenciamento de agenciamentos, a rede de saúde tal como ela funciona, e é largamente assim denominada, não se trata exatamente do mesmo conceito. A rede de saúde enquanto a somatória dos serviços de saúde de uma dada região, apresenta-se geralmente hierarquizada, e

35 A Supervisão Técnica do Butantã, junto com Lapa-Pinheiros e Sé compõem a Coordenadoria de Saúde Centro-Oeste, uma das Administrações Regionais da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo.

com centros bem definidos. Assim se estamos aqui afirmando a gestão em rede, na experimentação conectiva da rede é, portanto para radicalizar o conceito e fazê-lo operar na direção de conexão dos serviços de saúde invertendo a noção de somatória dos serviços.

A grande maioria das reuniões é povoada de assuntos que dizem muito mais respeito aos programas das Unidades Básicas de Saúde (UBSs), do que às diretrizes da rede básica que aí estão incluídos: o CECCO, o CAPS adulto, o Centro de Referência à DST/AIDS.

Problemas, como a falta de médicos, o programa de governo de atenção à saúde da gestante, “mãe paulistana”, as filas de espera para consultas, o “remédio em casa”, a falta de materiais, os prazos de agendamento de exames, a vigilância epidemiológica, são assuntos de rotina da reunião, que se esgota, principalmente, nas problemáticas insolúveis do sistema público em saúde.

Os diretores, das unidades básicas, sempre atormentados com o cotidiano pautado pelas faltas, vivem esse espaço também como um espaço de encontro, de vizinhança. Apesar do CECCO não vivenciar, no serviço, as urgências das problemáticas das UBSs (falta de vagas nas consultas, filas de espera gigantescas), sempre estivemos presentes nos encontros das “reuniões de chefia” por entender que o CECCO só pode funcionar num trânsito pela experimentação na rede, e na realidade de composição dessa.

Embora todos os diretores das outras unidades reconheçam o CECCO como um serviço de saúde desse território, nas horas de muita agrura sempre aparecem falas para a direção desta unidade como: “Feliz de você que está naquele oásis” (CECCO) ou “quando eu incorporar meu DA [gratificação de salário pela função de direção] é para o CECCO que eu vou” etc. etc. etc.

Por muito que, em reuniões, se tenha enfatizado as problemáticas do Projeto CECCO, as grades de atividades da unidade, a função da equipe, as estatísticas de atendimento dos usuários que frequentam o serviço, as dificuldades do serviço na sua tarefa de colocar em convivência a possibilidade da diferença, o CECCO sempre apareceu na rede de saúde do Butantã como um paraíso em meio a tantas desgraças. É verdade que todas as grandes pressões, sejam elas vindas da Secretaria de Saúde ou da população atendida, são sofridas, sem sombra de dúvida em maior intensidade pelas UBS — portas de entrada do Sistema de Saúde.

Por isso, muitas vezes é o CECCO, identificado como um paraíso, o lugar da unidade do qual não se sabe direito o que faz ou até mesmo o lugar “onde não se faz nada”.

Ora, se cabe ao CECCO esse lugar, ressaltem-se as cobranças seguidas sobre o dimensionamento da equipe, o valor da verba mensal destinada a cada serviço etc.; por várias ocasiões esse serviço teve até que exhibir, extemporaneamente, documentos, justificativas, memorandos, estatísticas, para abrandar os diretores e funcionários de outras unidades, até outra “falha” ser identificada e outra “tempestade” se manifestar.

Tal ciclo, repetido inúmeras vezes, foi incorporado pela equipe do CECCO, e também cobrada inúmeras vezes em outros foros de encontro, como reunião de funcionários e reuniões regionais de saúde mental.

A posição do CECCO na rede de saúde, o faz chegar ao ponto de ameaça de extinção do próprio serviço. A falta de profissionais de saúde mental nas unidades básicas para atendimento especializado, e a política de enxugamento do serviço público, leva o CECCO a ser considerado desnecessário. Se o CECCO é definido como um paraíso, na visão de funcionários da rede de saúde, diríamos que é um paraíso sempre ameaçado de extinção, ao contrário das UBSs, inferno cotidiano, que justificadamente é considerado de grande importância no Sistema de Saúde.

Um esforço cotidiano da equipe do CECCO, no seu trabalho com a rede de saúde, é operar com o conceito de rede e agenciar-se com as UBSs para que utilizem o CECCO na qualidade de dispositivo de Saúde. As preocupações mais básicas em saúde: as consultas médicas, os exames complementares, as consultas especializadas, as emergências, as vacinas, a vigilância epidemiológica, tomam conta do dia-a-dia dos profissionais das UBSs, e dificultam o relacionamento com o CECCO, equipamento quase entendido como “de luxo” entre os serviços de saúde.

É verdade que algumas unidades, principalmente aquelas em que a direção não é médica, estiveram sempre sensíveis ao trabalho do CECCO, e com elas a parceria se concretizou e vitalizou as duas unidades. Vale a pena frisar aqui o trabalho com a UBS Vila Borges, com a qual a parceria foi muito importante para a constituição desse modo conectivo de gestão no CECCO. A implantação da horta comunitária, a brinquedoteca da unidade básica, o teatro com os adolescentes foram iniciativas enriquecedoras que resultaram dessa parceria, tanto para a população atendida quanto para as equipes de saúde do Vila Borges e do CECCO.

Mas se é verdade que com a UBS Vila Borges a parceria sempre existiu — porque insistiu —, o que fortaleceu o CECCO diante das demais UBSs, restaram algumas unidades de saúde que o ignoraram como um serviço de Saúde, e com isso acabaram muitas vezes, por valorizar estratégias de atendimento especializado, específico de cada categoria profissional: atendimento psicológico, atendimento médico, em detrimento de projetos de inclusão, e, portanto, de formação de redes de conexão no território.

Em meados de 2005, quando a Coordenadoria de Saúde do Butantã quis realizar um remanejamento de recursos humanos de saúde mental para criar unidades de referência nessa área, o grande questionamento dos diretores e funcionários da região era se a equipe do CECCO seria também remanejada. Nessa confusão, a supervisora de saúde do Butantã — sensível ao trabalho do CECCO — sugeriu que se apresentasse novamente na “reunião de chefia” o trabalho da unidade.

Prontamente, acedemos, entendendo que esse pedido significava sensibilizar os diretores das outras unidades para esse trabalho; e também porque consideramos que poderia ser uma nova oportunidade de pautar uma política de saúde a partir de uma perspectiva intensivista e não quantificável em número de atendimentos. Falar do CECCO era sempre falar de uma política de saúde mais frágil — que não quer dizer fraqueza, mas sim uma política da intensidade — invisível aos olhos dos gestores da saúde hegemônica ou, como diria Deleuze, dos gestores de uma “gorda saúde dominante”.

A “gorda saúde dominante” é para Deleuze a saúde das formas, que preserva sua forma a qualquer custo, a saúde da estabilidade, e que não possui porosidade. Para esse autor a verdadeira saúde tem a ver com instabilidade, com plasticidade, com uma fragilidade que não é uma doença, mas uma sensibilidade para entrar nos devires minoritários. São duas políticas de vida (Deleuze, 1997).

E, se tratamos aqui de duas políticas de vida, é porque são modos diferentes de gerir a vida, o que significa dizer que são também diferentes modos de saúde, e, portanto, de diferentes modos de gerir a saúde, entendendo a inseparabilidade entre vida, saúde e gestão da saúde.

Assim dizendo, o que trazer de novo para a “reunião de chefia”? Como sensibilizar a rede de saúde para essa política intensiva e minoritária da saúde?

Como não apresentar o serviço CECCO, mas acionar a função CECCO de gestão — a experimentação conectiva da rede — apresentar o serviço acionando a função do serviço?

TRAJETO 2: O VÍDEO CECCO COMO DISPOSITIVO INTENSIVO NA REDE DE SAÚDE

Nessa mesma época, no cotidiano do CECCO, estávamos às voltas com a produção de um vídeo institucional. Essa produção teve sua origem no desdobramento de um dos projetos do CECCO: o Projeto Vídeo.

Este projeto nasceu da vinda de Sérgio, outro animador com inúmeros recursos para os projetos do CECCO que, vindo do CAPS Itapeva, integrou a equipe na intenção de formar grupos de vídeo na região do Butantã. Em parceria com a ONG “Cala-Boca já Morreu”, foi criada uma oficina para a produção de vídeos que tinha como objetivo a formação de uma rede de produção de vídeos na região do Butantã.

O projeto de vídeo do CECCO atua preferencialmente junto a jovens da região, e é direcionado aos que buscam um primeiro contato com a produção audiovisual. No programa das oficinas constam teoria e prática sobre a concepção inicial e finalização de cenas audiovisuais ou de vídeos de curta-metragem. O trabalho utiliza o suporte vídeo para criar obras que são expressões do cotidiano dessas pessoas, produzindo com isso universos culturais sensíveis à produção e criação regional. Os vídeos constituem assim registros antropológicos, documentários criativos, e ficções inspiradas nos cotidianos e nos modos de vida da região.

O projeto deu origem ao Grupo Andarilho de vídeo, formado por jovens e adultos da região do Butantã. Esse grupo passou a realizar, entre outros, eventos culturais (Cordão Bibi-Tantã, Cultura no Vila Dalva), vídeos institucionais (CAPS, Parque Previdência), e, entre todos eles, o Vídeo do CECCO.

A produção de um vídeo institucional — o Vídeo do CECCO — teve início em meados de 2004, e conclusão no final de 2005, causou grande impacto na equipe do CECCO.

Já das gravações iniciais de cada oficina e eventos do CECCO, das entrevistas da coordenação, do trabalho dos técnicos, dos depoimentos de usuários, a equipe foi se envolvendo com o projeto que deixou de ser uma dentre tantas outras oficinas do CECCO — a oficina de vídeo — para ser um projeto coletivo da instituição.

Projeto alegre este que colocou o CECCO em um movimento inusitado, e o conjunto das atividades pôde ser experimentado de maneira intensiva, e não no plano extensivo dos papéis, memorandos, estatísticas etc. Nesse trajeto, a filmagem e o modo de filmar o trabalho tornou visível para toda a equipe CECCO nosso modo de gestão do trabalho.

O Vídeo do CECCO teve como primeira função tornar visível para a equipe a potência do nosso trabalho. A composição das imagens do vídeo deu, à equipe do serviço, a dimensão de conjunto desse trabalho, menos pela somatória de cada um deles, mas pelo modo de produção em rede que ele instituiu.

Ora, se para nós da equipe a filmagem do vídeo produziu esse efeito de acionar um certo modo de produção, e, portanto, de gestão do serviço, era desse modo que gostaríamos de contar do CECCO. Assim, por que não utilizar este vídeo institucional para a apresentação do CECCO na “reunião de chefia”? Por que não mostrar o CECCO em funcionamento, o trabalho da equipe, a ambiência dos encontros, o vaivém dos usuários, a trama do cotidiano institucional?

Foi numa das reuniões da equipe do CECCO, que surgiu a idéia da apresentação do nosso vídeo na reunião técnica da Supervisão de Saúde do Butantã como estratégia de expor o nosso trabalho tão questionado pela rede de saúde dessa região. A equipe toda se animou com a proposta e o pessoal da oficina de vídeo apressou-se em finalizar o vídeo institucional. Esse se apressar da equipe não foi um golpe publicitário na reunião de chefia. Pelo contrário, o envolvimento da equipe nesse projeto mostrava a afetação que as imagens do cotidiano institucional tinham produzido em todo nosso pessoal.

Na semana da apresentação na aludida reunião, que aconteceu no auditório do Parque Previdência, visto que as reuniões de chefia tinham agora um caráter itinerante,³⁶ toda a equipe do CECCO se mobilizou para o trabalho, na arrumação

36 Durante anos realizamos a reunião de chefia no CSE Butantã. A partir do final de 2005 essas reuniões começaram a ser realizadas, a cada semana, em diferente unidade de saúde, o que possibilitou a todos conhecer a realidade de uma a uma delas.

do auditório, na instalação da aparelhagem de vídeo, preparação de uma mesa de café, ajuda na confecção dos materiais escritos.

TRAJETO 3: O EFEITO DO DISPOSITIVO VÍDEO NA REDE DE GESTÃO EM SAÚDE

Finalmente, chegou o dia da apresentação. Com o auditório lotado, as luzes apagadas e o telão pronto, cenário este que abriga o Projeto “Convivendo com Cinema” que vai ao ar no CECCO todas as sextas à tarde, exibimos o vídeo.

O silêncio foi total. Durante os vinte minutos de duração do DVD não se ouviu os ti-ti-tis rotineiros das “reuniões de chefia”. Quando as luzes se acenderam, podia-se ver nos rostos dos presentes emocionados sinais de aprovação. Num aplauso geral, mesmo os mais sisudos e calados não se contiveram diante da explosão de alegria que contaminou a assistência.

A supervisora de saúde do Butantã, em meio às lágrimas que visivelmente afloravam em seu rosto, fez um discurso comovente. Falou do contentamento em conhecer melhor o trabalho “de um centro de excelência em saúde mental”. Falou também da alegria que ela identificava nos técnicos e usuários do cotidiano desse trabalho.

Falou de encantamento, de beleza, de cuidado, de gestão. Falou que entendia agora o desejo, de funcionários de outras unidades, de vir para o CECCO: não era por falta de trabalho, mas pela potência do trabalho.

Vários depoimentos se seguiram ao da supervisora, quase todos os colegas chefes e assessores de saúde cumprimentaram a equipe do CECCO pelo trabalho realizado.

Após a reunião, uma boa parte dos diretores das unidades de saúde da região quis agendar, para as reuniões gerais das respectivas unidades, a apresentação do vídeo do CECCO, dizendo estarem muito afetados com o modo de produção desse trabalho e com a alegria que dele emanava desejando assim contagiar as suas equipes.

O efeito do dispositivo vídeo-rede foi surgindo na comunicação entre as unidades de saúde, de uma forma que não conseguíamos antes vislumbrar. A visibilidade do CECCO-trabalho começou a suplantar a do CECCO-paraíso. Se, nesse momento, o CECCO era um paraíso, era pela possibilidade de trabalho-*vivo*, contrariando o trabalho-*falta* que aparecia nas unidades de saúde UBSs.

Na semana seguinte à reunião da apresentação o efeito vídeo-rede foi se desdobrando para muitas outras situações, dentro e fora do CECCO. Tomamos como exemplo deste efeito a solicitação de um ônibus para levar usuários, do CECCO e do CAPS Butantã, para uma atividade de Carnaval que aconteceu no CAPS Itaim Bibi.

Essa solicitação de transporte, para usuários em eventos culturais, é sempre muito difícil e trabalhosa para os serviços de Saúde Mental. Primeiro, por causa da escassez dos ônibus da Prefeitura Municipal de São Paulo, geralmente velhos e em más condições de uso, ou também pela falta de motoristas disponíveis. Segundo, porque essas atividades, muitas vezes, são vistas como não prioritárias em meio a tantas solicitações mais urgentes do serviço público.

Mas a solicitação conseguiu ser não só prontamente atendida, como a responsável pela liberação do transporte destacou a relevância de atender ao pedido pelo fato de que o trabalho do CECCO deve ser valorizado na rede de saúde.

Naquela semana ainda, o CECCO ganhou uma aparelhagem de som de grande porte para uso do Projeto Rádio e Cinema além da Supervisão de Saúde do Butantã liberar a compra de uma câmera de vídeo e equipamentos diversos para o Projeto Vídeo, já que todos os equipamentos utilizados pelo projeto pertenciam ao seu coordenador.³⁷

Dentro do CECCO a movimentação também foi grande: desde a idéia de registros mais cotidianos dos trabalhos ao interesse pelo projeto vídeo-coletivo que foi se tecendo na equipe.

A reunião de chefia que se sucedeu àquela da apresentação do CECCO foi marcadamente atravessada pelo efeito vídeo. Logo no início da reunião, que

³⁷ Os equipamentos não foram comprados pela PMSP por falta de verba, segundo a Administração Financeira da SMS. Diante desse entrave, enviamos o Projeto Vídeo para algumas empresas convidando as para uma parceria com o CECCO. A Abende (Associação Brasileira de Ensaio Não Destrutivos) em parceria com uma de suas empresas associadas – a PASA (Physical Acoustics South America) –, adotou esse projeto adquirindo uma câmara de vídeo para o CECCO.

sempre começa com uma grande pauta de informes, a maioria deles referente às normatizações e ações programáticas da SMS, um clima novo aparecia no ar.

Em vez das anotações nas agendas das solicitações da Secretaria, conversas ao pé do ouvido, brincadeiras, risadinhas de deboche; um outro clima tomou conta da reunião. Nessa atmosfera, um tanto rebelde, a supervisora tentava ir adiante com as pautas costumeiras, até que um dos diretores de UBSs, quase sempre calado, resolveu interromper. Ele inicia a fala retomando a reunião anterior, a qual confessa ter sido prazerosa, acrescentando seu incômodo em perceber que o único gestor que parecia ter satisfação no trabalho era o gestor do CECCO.

O que aparecia na fala do diretor não era um tom jocoso, nem de desdém ao trabalho do CECCO. Fora disso. Era reafirmada a importância e a alegria de ver o trabalho do CECCO, e o quanto provocou nele um reposicionamento do seu lugar como gestor de unidade de saúde. A reunião, que estava totalmente tomada pela dispersão, foi ganhando um platô de consistência com o discurso deste colega, e alimentou muitas expressões posteriores no mesmo sentido.

Uma mudança aconteceu na “reunião de chefia”. Os discursos rotineiros, o registro de faltas, as reclamações, descrença, tédio, foram substituídos por perguntas, formularam-se questões:

- Como fazer saúde nas UBSs?
- O que é isso que se fala no CECCO de diversidade, de rede, de experimentação, de inclusão?
- Por que só pensamos nas doenças?
- Qual a maneira de fazer co-gestão no trabalho?
- Como sair da gestão da burocracia para a gestão da saúde da população?
- Como atender à população e não aos infundáveis memorandos para “impreterivelmente”³⁸ amanhã?

³⁸ A palavra impreterivelmente é muito utilizada nos ofícios e memorandos vindos da SMS, e acabou por produzir uma piada entre os diretores das unidades que, quando solicitados para qualquer tarefa, lançam mão da pergunta: “impreterivelmente para quando?”.

Essas perguntas apareceram numa direção inédita até então nas reuniões. Não eram perguntas sem solução ou para reafirmar as incontáveis reclamações.

Era sobre um modo de gestão que se perguntava, ou melhor, era sobre uma possibilidade de novas combinações, novas composições, de novos agenciamentos, e também de mudar o gerir para gerar outros acontecimentos.

Se o efeito Vídeo-CECCO possibilitou a pulsação das intensidades daquele grupo, foi justamente por acionar a função gestão em um grupo que estava colocado na rede de saúde no lugar da gestão.

Uma sensação de desconforto surgiu na gestão dos equipamentos de saúde do Butantã. É certo que por muito tempo, o CECCO foi considerado um serviço um tanto fora da rede, por não estar atrelado a todos os problemas vivenciados pelas UBSs, mas se entendermos esse lugar do fora, não como o excluído, mas como o lugar da fronteira da rede, como o lugar da experiência limite, experiência que permite arrebatarse de si e viver o invivível da própria experiência pois é aí que podem brotar novas questões. Se o tema da clínica do CECCO é o da inclusão, é da inclusão das experiências intensivas que se podem tecer transformações.

Novas saídas também foram pensadas para velhos problemas nesse dia. Um grande problema que enfrentamos na rede de saúde da PMSP é o de recursos humanos. A lotação de pessoal nas unidades de saúde não é realizada segundo critérios claramente identificáveis. Como já dissemos em outro momento desta pesquisa, a lotação de RH é, muitas vezes, atravessada por critérios pessoalizados. O endereço do funcionário em relação ao endereço da unidade de trabalho; o vínculo do funcionário com a chefia; a cobrança de horário da Unidade, são alguns dos elementos levados em consideração pelo funcionário em detrimento da escolha do tipo de trabalho que a unidade realiza, faltando, até mesmo, um conhecimento adequado da população atendida.

Nas unidades de saúde mental tentamos, na maioria das vezes, avaliar o perfil do funcionário: sua ligação com o modo de produção do trabalho, a disponibilidade para o enfrentamento das questões da clientela atendida. Nem sempre isso é possível, pois não há critério legal que restrinja a escolha a esses serviços.

No CECCO, por exemplo, o fato de estarmos sediados em um parque público cercado por uma grande área verde, faz com que a procura pelo serviço seja grande por parte dos funcionários. Vez por outra, deparamo-nos com a solicitação de

funcionários que desejam trabalhar em local agradável não importando para eles as vicissitudes do trabalho. Esse problema de RH, então, é visto muitas vezes como insolúvel, o que para muitas unidades acarreta vários danos.

Mas alguma coisa naquela reunião colocou em questão essa insolubilidade e uma nova saída se pensou para isso. Uma cooperação entre as unidades, em que cada gestor pudesse colocar suas disponibilidades em termos de RH. Uma cooperação que colocasse em jogo a discussão do processo de trabalho coletivo. Um novo desenho, uma nova distribuição, um novo jogo de forças.

“Chefes” sisudos que se abriram ao trabalho coletivo, uma saída para a solidão, como disse uma das diretoras.

Surgia naquele encontro mais um efeito-vídeo na “reunião de chefia”: uma saída para a solidão de um cotidiano marcado pela luta contra o sofrimento. Um novo tipo de subjetividade emergiu. Uma alegria estampou-se nos rostos daqueles chefes “reclamões”.

Falsas certezas foram desfeitas: a certeza de que nada pode mudar; a certeza de que não se tem governabilidade para nada; a certeza da impotência do gestor de serviço.

Encontrar saídas naquela reunião foi descobrir a potência de um coletivo despotencializado por tantos “memorandos impreteríveis”. Foi descobrir que gerir o serviço é também poder encontrar saídas, é também poder encontrar brechas na máquina poderosa de normatização do Estado.

O efeito Vídeo-CECCO levou à criação de uma máquina coletiva de guerra contra a impotência da administração estatal. Uma abertura para a gestão de políticas públicas a partir da gestão das experiências singulares, a construção de políticas públicas na sua dimensão capilar contra a tendência de Estado de interiorização.

Uma outra saída inventada naquele dia pelos componentes do grupo foi a criação de um vídeo, não mais do CECCO, mas da saúde do Butantã.

Pensou-se inicialmente na criação de um vídeo individual de cada unidade de saúde que mostrasse, a exemplo do CECCO, o trabalho da unidade.

Em nossa intervenção salientamos que, em vez da criação de vídeos-unidade, o que tiraria toda a potência do dispositivo, criássemos um vídeo coletivo em torno de um eixo comum, que resultasse em um vídeo-coletivo “Saúde-Butantã”.

TRAJETO 4: O VÍDEO “SAÚDE BUTANTÃ” E A REDE DE GESTÃO EM SAÚDE

Segundo Philippe Dubois, em seu livro *Cinema, Video, Godard*, o vídeo não é mais uma maneira de registrar e narrar, mas um pensamento, um modo de pensar.

Para o autor o vídeo não é um meio em si, mas um intermédio, “não funciona nunca como o ‘fixo’, a raiz, o centro, mas sempre como um periférico, uma especificação, uma variante, uma das formas possíveis de uma entidade que vem de outro lugar e não lhe pertence” (Dubois, 2004: 71).

No que diz respeito a este trabalho, Dubois muito nos ajuda quando pergunta em seu livro se, ao falarmos em vídeo, sabemos exatamente do que estamos falando: “...De uma técnica ou de uma linguagem? De um processo ou de uma obra? De um meio de comunicação ou de uma arte? De uma imagem ou de um dispositivo?” (ibidem: 73). Mais adiante, ele mesmo nos responde:

Esta estetização do vídeo como imagem me parece, no entanto, ocultar sua outra face, quase nunca visível: a do vídeo como processo, puro dispositivo, sistema de circulação de uma informação qualquer, “meio de comunicação”, tudo isso independentemente do seu resultado visual e do conteúdo das mensagens que ele pode veicular (idem).

Essa conceituação de Dubois sobre o dispositivo vídeo, contribuiu para esse trabalho pois nossa questão não é exatamente o suporte, mas o que dele pode irromper enquanto dispositivo.

Nesse sentido com relação ao vídeo dispositivo “Saúde-Butantã”, qual era a saúde que este vídeo poderia cartografar? Seriam as vacinações, as consultas médicas, as psicoterapias, o serviço social, as filas de espera? Qual era o vídeo-saúde que se desdobraria do efeito vídeo-CECCO?

Se, retomando Deleuze (1997), sabemos que a verdadeira saúde não é a das totalidades, a das formas majoritárias, mas é a saúde que experimenta um certo

inacabamento, a que é vulnerável, a que libera vida dos acontecimentos, é novamente de uma política de vida que estamos falando, política essa que temos insistido nessa pesquisa que é ao mesmo tempo, política de saúde e de gestão de saúde.

Se o Vídeo CECCO teve um efeito que causou um desvio de rota nas trajetórias das “reuniões de chefia”, era impossível ignorar essa inflexão: O trabalho do CECCO lançou uma interrogação sobre o conjunto dos diretores da saúde da região do Butantã: o que é saúde? O que é gestão de saúde? Ou ainda qual é a política de saúde que está em funcionamento?

Será que poderíamos estar nos aproximando da idéia de saúde como capacidade de criação e invenção? Segundo Suely Rolnik (2005: 6), “uma espécie de ‘saúde poética’ que nada tem a ver com uma saúde estável e bem adaptada”.

Podemos dizer que o CECCO e seu trabalho na fronteira, na borda do sistema de saúde, interroga parte desse sistema? Ou dizer que o efeito CECCO na rede de saúde Butantã foi o de acessar a experiência sensível, a poética das experiências em saúde?

De acordo com Suely Rolnik, existe na atualidade uma dissociação da subjetividade entre sensação e criação. O conhecimento pela sensação é desvalorizado em relação ao conhecimento pela percepção. Esta autora afirma que “Conhecer o mundo como forma convoca à percepção operada pelos órgãos do sentido; já conhecer o mundo como força convoca à sensação, engendrada no encontro entre o corpo, como carne percorrida por ondas nervosas, e as forças do mundo que o afetam” (Rolnik, 2003).

Com isso podemos afirmar que um modo de subjetivação pode favorecer ou constranger a processualidade da vida. E quanto ao trabalho aqui tratado, como problematizar o modo de produção de saúde dominante?

Entender saúde como a vitalidade dos processos de produzir acontecimentos, pode nos dar uma pista de porque o CECCO pôde mobilizar inquietações e criar uma abertura para outras referências em saúde, criar abertura para as políticas de gestão poética da saúde que nada mais é do que uma saúde intensificada em novos modos de cuidar da vida.

E foi com essa idéia de invocar a poética dos serviços de saúde que partimos para a construção do vídeo-coletivo Saúde-Butantã. A tarefa foi realizada por quatro dentre as dezenove unidades de saúde que compõem a rede de saúde da região.

O grupo do vídeo, iniciou o trabalho com seis participantes das quatro unidades que tinham como tarefa realizar um vídeo a partir de uma oficina de vídeo com duração de três semanas, num total de sessenta horas.

Essa oficina, adotou como modelo as oficinas de vídeo da Kinoforum,³⁹ que propõe para construção de um vídeo as seguintes estratégias:

- a exibição, para a comunidade participante, de uma seleção de vídeos;
- desenvolvimento de argumentos e roteiros individualmente e depois em grupo;
- aprendizado da operação dos equipamentos (câmeras digitais, microfones etc.);
- gravação;
- direção do vídeo;
- processo de edição.

Para esse trabalho pensamos que para além das estratégias usuais das oficinas da Kinoforum, necessitávamos criar um campo conceitual, um eixo de experimentação com conceitos, a partir do qual se liberassem as experiências singulares das unidades de saúde, as experiências que chamamos invisíveis ou poéticas.

Ora, se o modo de cartografar o CECCO foi o animador e propulsor desse trabalho, qual seria a tônica das imagens? Qual seria o eixo comum a partir do qual entraríamos em sinergia com o devir minoritário da saúde?

Um dos participantes do grupo Saúde Butantã deu-nos uma primeira pista nessa direção: “Vamos descobrir o CECCO existente em cada unidade”. Essa fala inspirou o início do trabalho e indicou qual era a saúde que desejávamos cartografar. Conceitos como ambiência, acolhimento, devir minoritário, também nos conduziram para a atmosfera da saúde invisível.

39 A Kinoforum é um projeto itinerante que engloba a exibição de curtas-metragens e a realização de oficinas de captação e edição de vídeo em várias comunidades. Por meio das oficinas pretende-se desvendar novos olhares, universos e concepções de imagem, oriundos de grupos sociais que habitam essas regiões, que não têm acesso aos circuitos de produção e exibição do cinema brasileiro. Fonte: Oficinas Kinoforum de Realização Audiovisual, site: <<http://www.kinoforum.org/oficinas/texto.php>> (acesso em 28.07.2007).

A partir daí foi posto em funcionamento o vídeo-saúde-dispositivo. Aquele grupo heterogêneo nas experiências cotidianas conectou-se com uma tonalidade comum, vislumbrando esse comum, não como portador de traços de regularidades, mas como pura transmutatividade, complexa diferenciação. Com isso, a experiência do Cecco evocou em cada um dos participantes do vídeo as experiências sensíveis das suas unidades.

Philippe Dubois, considera o vídeo como um *estado* “Um estado-imagem, uma forma que pensa. O vídeo pensa (ou permite pensar) o que as imagens são (ou fazem)” (Dubois, 2004: 23). Para esse autor o vídeo é movimento.

O movimento do grupo de vídeo foi desertar a forma hegemônica da saúde. Desmontar primeiramente a idéia dominante de população, como um ente abstrato, para descobrir e inventar as desterritorializações que atravessam e liberar daí um devir, isto é, suscitar processos de singularização.

Aos seis participantes iniciais desse projeto, incorporamos no meio do caminho um outro animador que muito colaborou para o processo de construção do vídeo. Entusiasmado pelo dispositivo vídeo, Giuliano, psicólogo e mestre em comunicação, enriqueceu o grupo com suas experiências do campo da linguagem audiovisual e aos poucos também foi contaminado pela alegria que irradiava do trabalho. Sua presença no grupo também nos indicava novos caminhos a percorrer.

Nesse trajeto, a oficina inicialmente planejada desviou o seu percurso. Assim, o vídeo Saúde-Butantã foi-se tecendo no seu caminhando, resultado da força de agenciamentos que se construiu no próprio caminho. Da partida inicial — construção de um vídeo das unidades de saúde do Butantã — consumou-se num percurso com muitos movimentos e muitos desvios.

Em nossos primeiros encontros tentávamos descobrir um campo de ferramentas conceituais que nos ajudassem na experiência com o olhar.

Vários dias ficamos envoltos com nossos conceitos: ambiência, invisível, saúde, doença, tratamento, cuidados, encontro, relação, implicação, SUS; conceitos esses que colocamos em análise numa operação de decomposição, em que o próprio processo de teorização esteve inseparável do fazer cotidiano de cada participante.

No decorrer de um desses encontros, se propôs que este processo de encontrar um caminho para a realização do vídeo fosse incluído como linhas do trajeto do vídeo,

entendendo que o processo já era ele próprio a construção do vídeo. Daí em diante, começamos a filmar as reuniões do grupo, e as preparações se transformaram em processos e fragmentos do nosso vídeo. Esses fragmentos não eram fragmentações do todo do vídeo, mas uma parte dele, o que favoreceu, no final, unidades de vídeos transversais.

TRAJETO 5: CARTOGRAFANDO AS EXPERIÊNCIAS SENSÍVEIS

Nesse processo, os conceitos ganharam uma consistência coletiva pelo adensamento das discussões das práticas que acontecem nas unidades.

Após esses encontros, que podemos medir menos pela quantidade do que pela intensidade, filmamos as experiências nas unidades, experiências essas sensíveis às linhas do nosso trajeto: a brinquedoteca na UBS Vila Borges, o projeto Brincando na UBS Boa Vista, o Acolhimento na UBS Vila Dalva, os Agentes Comunitários do PSF Boa Vista. Situações de “saúde poética”, situações de uma saúde invisível aos olhos da forma saúde.

Nesse nosso trajeto cartografávamos a verdadeira saúde, a frágil saúde, a saúde minoritária aos olhos da gorda saúde: as expressões dos encontros que sempre estiveram à margem das unidades, a brinquedoteca em relação às consultas de pediatria; o acolhimento em relação aos agendamentos; os agentes comunitários em relação à consulta médica.

Numa dessas gravações, um encontro com Sr. José, vigia de uma das unidades, foi reveladora do invisível das unidades: sempre na porta de entrada da unidade de saúde o Sr. José nos conta como sua presença é invisível aos olhos dos frequentadores da unidade, incluído aí usuários e profissionais. Mesmo para um bom dia ou uma pequena informação, seu trabalho não consta na produção quantificável em saúde.

Como o Sr. José, figura minoritária dentre os profissionais de um serviço de saúde, vários outros projetos também compõem a lista da produção invisível, e inquantificável da saúde, e, portanto, das discussões sobre gestão em saúde.

Nas filmagens que se seguiram, procuramos cartografar imagens de uma produção em saúde que não aparece nas estatísticas do SIA/SUS.⁴⁰ Nelas está incluída toda a produção do CECCO, que podemos entender como paradigmática das produções invisíveis em saúde.

Ora, se nessas cartografias do vídeo da saúde do Butantã intencionávamos desde o início “descobrir o CECCO que existe em cada unidade”, era justamente das produções invisíveis em saúde que estávamos falando, de uma produção minoritária em saúde, de uma saúde poética que desejávamos intensificar na rede de saúde, era um modo de gerir a saúde e, portanto gerir a vida.

As primeiras imagens que buscamos para isso foram obtidas na Brinquedoteca da UBS Vila Borges. Ali, naquela pequena sala de consulta da unidade, cuidadosamente arrumada, contrastando com todo o restante do prédio, surgiu uma ambiência inusitada.

A pintura da sala, os adereços, o colorido dos móveis, o barulho das crianças brincando. Em nada esta ambiência lembrava as salas comuns das UBS, geralmente pintadas de branco, encardidas, móveis surrados. Na brinquedoteca, até o cheiro, os sons e a atmosfera são diferentes, sensações cuja lembrança não vem da memória e sim do corpo contaminado pela alegria contagiante.

Ao contrário das outras salas, incluindo as salas de pediatria em que se vê crianças chorando, reclamando, doentes e sofrendo, na sala da brinquedoteca se observa uma saúde em movimento. Desde o princípio, em parceria com o CECCO, a brinquedoteca Vila Borges colocou em funcionamento um certo modo de gestão em saúde.

A circulação das crianças nesse espaço diferenciou a procura pelo serviço de saúde. Em vez de virem à unidade para se tratar das doenças, tomar vacinas, fazer curativos, buscar remédios, rotinas constantes na vida das crianças, elas começaram a procurar a unidade para brincar.

Nessa medida penso que, a instauração da brinquedoteca na UBS Vila Borges, foi uma experiência que se fez ética e política uma vez que direciona a unidade para

40 SIA/SUS é o Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde. Esse sistema não prevê muitas das estratégias de intervenção que existem nas unidades de saúde públicas que compõem o SUS, principalmente as intervenções em saúde mental como no caso do CECCO. A produção desse sistema é medida geralmente por número de consultas/profissionais ou procedimentos convencionais como vacinas, curativos etc.

a constituição de espaços de puro agenciamento, de instauração de comunidades em oposição aos espaços de tratamentos mais convencionais.

A proposta da brinquedoteca de se colocar na rede de saúde como um lugar para brincar, um espaço lúdico na vida das crianças, pode ser considerada como uma das “Boas Práticas”, experiências não hegemônicas que “têm respondido concomitantemente aos desafios éticos e técnicos colocados pela construção do direito à saúde e à vida como princípio orientador das ações assistenciais” (Mângia & Brunello, 2006: i).

Ou ainda, como nos propõe Maria Izabel G. Ghirardi, “um lugar do avesso às classificações clínicas (...) mas intensamente potencializador da ação infantil na cena social (...) Um lugar que, ao contrário dos espaços de investigações clínicas, reconhecia a infância como protagonista...” (Ghirardi, 2006: 2).

Na mesma linha que a brinquedoteca da UBS Vila Borges, o projeto Brincando na UBS Boa Vista também veio ao nosso encontro na composição do vídeo das unidades.

Esta unidade, localizada em uma região muito árida, e desprovida de áreas verdes, parques, locais para lazer, promove, na sua grade de atividades semanais, o Projeto Brincando em que reúne nas tardes de sexta-feira as crianças do bairro para brincar. Esta atividade, promovida pelos profissionais da UBS (Terapeutas Ocupacionais, Agentes Comunitários, estagiários de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo), tem como objetivo, segundo a terapeuta ocupacional da unidade, “resgatar o espaço público como espaço do coletivo”, para que as crianças daquela comunidade tenham acesso às brincadeiras, já que o cotidiano delas no bairro não é favorável a isso.

O Projeto Brincando também é um desses projetos invisíveis, não quantificados, que ficam na borda do sistema de saúde. Mas ao olhar a imagem das crianças que dele participam, suas emoções, o encantamento de suas brincadeiras, o real que se cria nas suas vidas, se pode verificar a poderosa vitalidade que o atravessa.

Ou ainda, para além da importância para as crianças, o projeto cria um modo de gestão no serviço de saúde. Por não ser codificado pela máquina da saúde como mapa oficial das intervenções em saúde, pode ser destacado como característico daqueles projetos fronteiros, “*borderlines*”, limites, “projetos CECCOS das unidades”. São projetos que, segundo Suely Rolnik, “interferem no seu entorno, à medida que

fazem surgir ‘possíveis’ até então insuspeitáveis. É nestas circunstâncias que elas se fazem ‘acontecimentos’, mudança de paisagem, criação cultural. Para Lygia Clark, a ‘verdadeira saúde’ corresponderia à vitalidade desse processo” (Rolnik, 2005: 2).

Essa autora, contudo, nos alerta que

para chegar a isso, não é tão óbvio: entre os dois regimes possíveis do sensível — conectar-se com o mundo enquanto diagrama de forças ou enquanto cartografia de formas — existe uma disparidade irreduzível. É a tensão desse paradoxo entre micro ou macrosensorialidade que dá o impulso à potência criadora. Mas para que isso aconteça, é preciso habitar esse paradoxo, ou seja, viver simultaneamente as duas escalas do sensível (ibidem: 2).

TRAJETO 6: A EDIÇÃO DO VÍDEO E A CRIAÇÃO DE REALIDADES

Meses e meses se passaram até que a edição do vídeo Saúde Butantã ficasse pronta. Esse tempo que poderia ter sido só de espera ou de formatação técnica das imagens captadas, foi um tempo de intensa produção de saúde.

Desde a escolha das imagens (30 minutos em 7 horas de gravação) que nos abria a muitas possibilidades de edição, até a escolha do nome do vídeo (Saúde Invisível – Imagens da rede de saúde do Butantã), a operação de edição transcorreu ao contrário de uma montagem, uma espécie de desmontagem das imagens.

Afinal o que queríamos com a edição do vídeo? Mostrar uma brinquedoteca funcionando? Agentes de saúde visitando doentes? Profissionais realizando acolhimento?

Nossa aposta no vídeo Saúde Invisível era bem outra. O trajeto, que se teceu no próprio processo consistiu em mostrar o ato, o procedimento, o modo de fazer. O ato político do vídeo das unidades foi a dissolvência do feito (a desmontagem das imagens) para aparecer o fazer, a produção em saúde que estava ali contida, o modo de gestão que ali se fazia.

A operação de desmontagem se realizou pela afetação que as imagens nos provocaram. Os bancos das salas de espera lotados, rostos marcados, pelo sofrimento e pela dor, a respiração ofegante de quem chega correndo para conseguir uma vaga. Diferente disso, crianças com rostos pintados e coloridos, o corre-corre das brincadeiras, pipas e música do Chico Buarque, a roda de música com bolo de fubá à tarde, o caminhar pelo bairro cheio de encontros ligeiros de um agente comunitário. Imagens, cenas, sons, silêncios, ambiências de serviços de saúde.

A edição do vídeo Saúde Invisível, não pretendeu impor uma forma no que é vivido das unidades. Esse processo, em vez disso, representou uma passagem de vida que atravessou o vivido e o vivível das unidades, e assim teve menos a ver de como são as unidades, e mais do modo de funcionamento que se extraiu delas.

Realizar o vídeo não foi contar exatamente o que acontece em cada unidade que filmamos, uma memória das unidades filmadas. No término da edição, nós do grupo de vídeo Saúde Invisível não podíamos mais identificar cada uma das unidades filmadas. Encontramos entre elas uma zona de vizinhança, de indiscernibilidade, de indiferenciação tal que se tornou impossível distinguir uma da outra. Identificamos no trabalho um impessoal das unidades de saúde, que de forma alguma é uma generalização das mesmas, mas, sobretudo, descobrimos a singularidade de produção em saúde no seu mais alto grau.

Esse movimento foi perceptível na apresentação do vídeo na “reunião de chefia”.

Após quase um ano da apresentação do Vídeo do CECCO e a quantidade de problemas em saúde que cada gestor vivenciou durante esse período, estávamos novamente às voltas com a produção de um vídeo — agora não mais do CECCO, mas de um coletivo de unidades de saúde do Butantã.

E quem não participou desse processo, teria ficado de fora, excluído, da produção desse vídeo? A apresentação mostrou que não. O impessoal das unidades, a experiência limiar que se constituiu na borda das unidades, essa singularidade cartografada pelo dispositivo vídeo, pôs a funcionar a experiência das redes.

As imagens embaralhadas mostravam uma produção de saúde que não tinha lugar nem código de endereçamento. Cada um dos gestores ali presentes pode enxergar imagens de um cotidiano comum às unidades, imagens que poderiam ser de qualquer uma das unidades, a cartografia das unidades como uma experiência minoritária que se deu pelo contágio do método intensivista.

Ao final da apresentação o grupo de gestores do Butantã também pôde, a partir do vídeo, estabelecer zonas de vizinhança, ou poderíamos dizer que a experiência limite do vídeo foi um operador de pensar diferentemente. Tendo em vista que uma experiência pode ter uma ressonância coletiva, nota-se uma dissolução dos sujeitos participantes e essa experiência passa do limite de si mesma.

Naquele momento entendo que os gestores do Butantã, puseram-se numa experiência de saúde poética, que é uma saúde preocupada com a produção de vida comum e de singularidades nômades, e que, conforme nos esclarece Zourabichvili (2004: 102), “designam as ‘dimensões’ intensivas de uma multiplicidade, e a esse título podem igualmente ser nomeadas ‘intensidades’, ‘afectos’ ou mesmo ‘hecceidades’; sua distribuição corresponde portanto ao mapa afetivo de um agenciamento”.

É certo que esse modo de produção intensivo não é uma realidade constante na rede de gestores dos serviços de saúde do Butantã; o cotidiano de gestão desses serviços reúne um misto de práticas minoritárias mas também práticas de captura — que impossibilitam o fluxo do devir minoritário.

Entretanto, a experimentação dessas intensidades, desses agenciamentos, frutos de encontros com as forças heterogêneas que afetam os serviços, tem uma função política que aqui se pretende poética: fazer a saúde desertar da forma dominante e totalizante, resistir a um certo modo de fechamento, de interiorização e de estratificação do sistema, abrindo os becos sem saídas que fazem escapar da redundância do sistema.

E como sustentar, fazer sobreviver esses processos intensivos, como não deixar que esses acontecimentos sejam triturados pelo cotidiano?

Nossa estratégia de gestão na rede de saúde do Butantã tem sido evocar cada vez mais tecnologias que fazem rede de todo tipo, que abrem os serviços ao contato com as forças do seu exterior. Assim diferentemente de fechar-se na rede de serviços de saúde, o itinerário do CECCO tem se ampliado e seguido cada vez mais um circuito urbano, pois como nos esclarece Peter Pelbart, “a cidade é rede, multiplicação, fluidez, escape, dispersão. Ela é relação com o fora, ou mais radicalmente ela é a própria Forma de exterioridade” (Pelbart, 2000: 46).

Nesses encontros com a cidade, nessa geografia sem fronteiras, o CECCO tem desencadeado processos que liberam o serviço das estruturas rígidas dos protocolos em saúde e tornam sua participação na rede do Butantã uma modalidade de inflexão à permanente modelização do sistema público de saúde.

*“Não há obra que não indique uma saída para a vida,
que não trace um caminho entre as pedras.
Tudo o que eu escrevi era vitalista,
ao menos assim o espero,
e constituía uma teoria dos signos e do acontecimento.”*

Gilles Deleuze, Conversações

(1996: 179)

NOTAS DE ENCERRAMENTO

*I*nciei esta pesquisa interessada em cartografar o itinerário de um serviço de saúde mental do município de São Paulo — o CECCO Parque Previdência — seus modos de afetar e ser afetado, e mais especificamente problematizar um certo modo de gestão que ali temos experimentado. Essa inquietação, entretanto, não se traduzia por um desejo de descrever ou apenas inventariar o serviço. Instigada pelo funcionamento deste, minha intenção foi acompanhar os efeitos-subjetividades provocados por ele.

Essa experiência teve seu ponto de partida em 2001, num convite do governo municipal recém-eleito para assumir a gestão de um processo de intervenção nesse serviço que desde 1996 era gerenciado pelo PAS. A tarefa solicitada aos interventores era interromper a gestão do PAS e realizar a passagem de um modo de funcionamento privado para um modo público de gestão.

Não nos restava nenhuma dúvida, naquele momento, da urgência de se alterar o modelo de atenção implementado pelo PAS, reavaliar conceitos e práticas comprometidos com esse modelo, e garantir a entrada de um novo modo de funcionamento para a saúde do município. Os debates, em torno dos problemas gerados pela diáspora desse plano de saúde, já se apresentavam como um movimento de resistência ao seu autoritarismo e todas as suas facetas de violência.

A necessidade de se construir um sistema público pautado pelas diretrizes do SUS que garantisse a universalidade, a equidade, e a integralidade, era tarefa prioritária e importante desse governo.

Mas como entender essa proposta? Como não naturalizar a passagem de um sistema privado para um sistema que se desejava público só a partir da transposição do setor privado para o setor governamental? Garantir essa passagem era a orientação do novo governo que, embora fosse uma estratégia política necessária, nos lançava a outros desafios, abria-nos a um campo problemático. Essa abertura nos levou, para além da perspectiva política de governo, para uma perspectiva clínico-política.

A partir daí enfrentamos essa questão como um duplo problema: como transformar uma experiência governamental numa experiência pública? Como não igualar esses procedimentos mantendo uma inseparabilidade entre eles?

Tomamos então o público aqui numa dupla dimensão: uma experiência governamental que incluísse o plano do coletivo como a outra de suas dimensões: a inclusão de fragmentos intensivos por onde se poderiam liberar as formas totalitárias ali instauradas e criar aberturas para as possibilidades de misturas aumentando assim o *quantum* de comunicação do serviço.

Questão de método. A partir desse campo problemático, do qual emergiram os verdadeiros problemas, entendemos nosso trabalho de intervenção como uma aposta num método de gestão.

Esse método, construído numa política de invasão, na ocupação intensiva da experiência concreta, foi-se colocando como uma guia para o nosso trajeto, sem meta *a priori*, mas produzido na intersecção (não na fusão) com vários autores-intercessores que, potencializaram a experiência do CECCO, e nos levou a esse trabalho de pesquisa que, tanto quanto o método, tomamos aqui como dispositivo de intervenção do/no CECCO.

O método da desmontagem, o método da tríplice inclusão, o método cartográfico, o conceito-método do rizoma foram os princípios que nos guiaram nessa perspectiva de um método intensivista de gestão, método esse ao qual chamamos aqui de poética da gestão em saúde, ao não mais identificar-se modelo que se impõe ao trabalho de gerir a saúde. E se nossa aposta foi na direção de não construir um novo modelo de gestão, não foi por um modismo no trabalho com a saúde, mas pela possibilidade de encontro com um processo de gestão, processo que impõe uma nova ética da vida, pois só se constrói na experimentação coletiva, em que não se dissocia a gestão do trabalho em saúde, da gestão da saúde, e, portanto, da gestão da vida.

Habitar essa experiência de passagem provocada pelo governo foi nosso primeiro procedimento. Tomar a tarefa exclusivamente no seu eixo hegemônico de interrupção do PAS e o rebatimento com outro modelo de saúde poderia ser o fechamento da experiência. Entretanto, criar um embaralhamento dos códigos, constituindo uma comunicação extracódigo, poderia abrir a experiência à sua natureza paradoxal, não reproduzir o mesmo método violento de implementação do PAS (um modelo sobre o outro), que estratifica, estabiliza e formata uma certa realidade; diferentemente, necessitava-se encontrar um outro modo de fazer, provocar um procedimento de desmontagem, quer dizer, encontrar no limite da experiência as pontas de desterritorialização da experiência para abrir suas linhas de conexões em todas as suas direções.

Durante mais ou menos dois meses acompanhamos uma operação de desmontagem, uma cartografia das forças do território CECCO Previdência. O desvio, o desdobramento, realizado na traição interna da máquina de Estado permitiu a inclusão do plano do coletivo como dimensão pública dessa estratégia. Foi possível extrair daquele serviço fechado em si e dissociado de sua face coletiva suas possibilidades de mistura e contágio com o mundo. Essas misturas e interferências foram uma saída, uma linha de fuga por onde o serviço se liberou de um certo sistema de referência, e a partir daí pôde argüir o próprio sistema, num certo avesso dele.

Em vez de investirmos na reconstrução de um modelo pré-existente, chamamento arriscado de reprodução do mesmo que impede de se abrir às forças do novo que pedem passagem, além de impor um modelo padrão pela força da lei, entendemos esse período como um processo, pelo qual se pôde criar as próprias normas e inventar um novo modo de experimentar.

Uma nova composição de trabalho surgiu desse processo, se nosso caminho foi-se tecendo na experiência da passagem, no procedimento da desmontagem, a dimensão inclusiva desses procedimentos possibilitou incluir elementos que ali não estavam conectados. Procedimento de construção de políticas públicas, procedimento de construção de redes.

A constituição da nova equipe também não foi um movimento de substituição, uma tarefa que se dá por colocar-se no lugar de outro. Nossa aposta foi na construção de novas formas de contratualidade, pôr em movimento outros modos de funcionamento não para substituir, mas para alterar uma atitude. Em vez da substituição, a política da vizinhança, do colocar-se ao lado de.

Essa política de colocar-se ao lado, e não substituir, foi de muita importância para os usuários que freqüentavam o serviço pois ali se instaurou um modo diferente de fazer clínica, com um procedimento clínico-político que apostava na superação do modelo que tem um centro (a política governamental como centro das decisões), em favor de uma axiomática das redes, princípio de ordenação que não fixa as regras do acontecimento, mas se mantém na variação, cambiando as regras.

O modelo de política governamental como centro das decisões tem provocado, há muito, sérios transtornos para a população usuária dos serviços de saúde em qualquer mudança de gestão. Se a mudança causada pelo PAS foi violenta porque dentre outras questões substituiu, sem igual precedente um modelo em funcionamento, durante anos a população se adequou a esse modelo. Uma nova mudança de modelos subsequente ao PAS também seria causa de novos transtornos.

Nesse sentido entendemos que não há saída para esse impasse, já que as mudanças governamentais são inevitáveis, se não modificar essa cultura que iguala o público ao governo. Por uma nova cultura se entende pensar o governo como uma das dimensões do público, e o coletivo (como um fora imprescindível) como a outra dimensão.

Como dizem Passos e Benevides Barros,

distinguindo-o de exterioridade, ainda uma forma, o fora são as linhas fronteiras por onde escapam as forças das formas. O fora é, então, combate de forças, espaço de dispersão de pontos-singularidades que se apresentam como pontos de inflexão das forças, pontos onde a força se dobra e desdobra. Cada forma, cada estrato, ao estabilizar as forças, ao fixá-las, cria representações através da definição de limites mais ou menos rígidos. A mudança destas formas nunca vem delas próprias, mas das forças que as compõem, e que quando entram em contato com as forças do lado de fora (do estrato, da forma) as desestabilizam e as forçam a novas composições. O fora é a resistência, primado das forças que resistem à completa atualização ou estabilização nas formas” (Passos & Barros, 2005a).

Nesse sentido, tomar a gestão no CECCO a partir de uma axiomática da rede foi-se constituindo um serviço para além dos canais oficiais, um serviço em que os agenciamentos foram se tecendo nas bordas e nos limites da própria instituição.

Tanto os trabalhadores, que foram se aventurando nessa experiência, quanto os freqüentadores dos projetos, e nossos parceiros, tiveram disposição para realizá-la no contato, no caminhando da própria experiência.

E foi a partir dessa experiência de contato, de agenciamentos em rede, que narramos esse serviço, que mostramos não um novo modelo de gestão a ser reproduzido, mas um método de gestão, um modo de fazer, um como se faz.

Essa experimentação, entre o narrar o serviço e experimentar no serviço, o processo de narrativa, foi uma fabricação de intercessores que infletiam e interferiam uns nos outros afirmando, ao mesmo tempo, um plano comum de heterogênese, no sentido de que “é preciso maquinar com intercessores a própria maquinação dos problemas, pois o intercessor vem a ser um díspar de intensificação da sensibilidade, vem a ser um móbil de abertura de percepções outras, de imaginações inesperadas, de lembranças antes impossíveis, de discursividades alternativas, de entrevisões inesperadas, de idealidades transfiguradoras. É um despertador, um disparador, algo que ocorre num encontro capaz de linhas de fuga, capaz de germinar mutações, algo que se passa como risco a relampejar no fio de metamorfoses” (Orlandi, posfácio de Galletti 2004: 132).

A gestão de um serviço queurgia pela construção de meios de gerir este serviço levou-nos a esse híbrido pesquisa-intervenção.

Todos os dispositivos que emergiram da rede de produção do serviço foi produzindo um serviço-dispositivo que intensificava a experimentação em rede.

Parar para encerrar essa tese foi um desafio já que ela se construiu na conversa permanente com os dispositivos que ela mesma produzia com o serviço. Mas nessa luta por encontrar um ponto para concluir, lembramos, com nossos intercessores, que um ponto não encerra, mas ao contrário pode emergir como mais uma das conexões possíveis.

Com isso, pensamos essa tese como uma experiência que não se encerra em si mesma, mas que é, assim como o serviço que ela narra, uma rede de conversações: com gestão, com saúde, com a vida.

E se estamos aqui falando de uma rede de conversações, não poderíamos deixar de narrar mais um episódio dessa rede: nesse momento em que o prazo da pesquisa está se encerrando, lá no CECCO o trajeto continua, e todos se aprontam

para uma grande festa que das notícias fui sabendo enquanto aqui sentada tentava manter a animação.

Todos os anos em meados de abril, a equipe desse serviço inicia um percurso de preparação do seu maior evento anual: a festa junina. Desde a constituição da comissão de eventos do CECCO, essa festa tem sido preparada em parceria com o CAPS Butantã, com a participação de algumas poucas unidades de saúde da região.

Mas esse ano um outro signo surgiu para a festa junina do CECCO: Uma grande festa junina não do CECCO, mas do Parque Previdência, o espaço que nos abriga.

Fundado em 21 de setembro de 1979 em uma área de 91.500 m² que, conta com um remanescente de Mata Atlântica dentro da qual corre um riacho, o Parque Previdência está implantado no bairro de mesmo nome. Essa área de mata nativa, que hoje compõe o Parque, pertencia ao reservatório de água que abastecia o bairro até 1968, quando este passou a receber água encanada de outra estação.

Preocupada em aproximar o homem do meio ambiente, a Prefeitura criou, em junho de 1986, aproveitando a antiga casa de bombas e a estação de tratamento de águas existente no local, seu primeiro Centro de Educação Ambiental – CEA – no Parque Previdência.

Além do CEA, da administração do Parque, do CECCO — que divide o mesmo prédio com o CEA — o Parque Previdência abriga o Grupo Escoteiro Raposo Tavares. A relação entre os diversos equipamentos existentes no parque nem sempre é de proximidade nas tarefas cotidianas, e muitas vezes, acontece até uma disputa pelos espaços comuns da grande área verde.

Entretanto, a idéia da festa junina do Parque foi aos poucos crescendo na equipe do CECCO que se disponibilizou para os contatos iniciais com a vizinhança para a realização da festa comunitária.

O projeto ganhou intensidade, contagiou toda a imediação e as reuniões de preparação começaram a fervilhar com a participação do CEA, Administração do Parque, Grupo de Escoteiros, além da igreja São Lucas — localizada no bairro — a AMAPAR (Associação dos amigos do Parque Previdência), Parque Luís Carlos Prestes (próximo ao Previdência), o CAPS Butantã, grupos da UBS Vila Dalva,

usuários e técnicos da UBS Boa Vista, a Associação Cultural do Jardim D’Abril, a Casa de Cultura do Butantã, o Bar Bibitantã do CAPS Itaim, e outros interessados no evento.

No meio desses preparativos efervescentes e animadores, uma variação inusitada ocorreu no CECCO: as oficinas sempre muito fiéis aos seus próprios trajetos, não se mantiveram alheias àquela pulsação social, e se entregaram todas elas à rede quente que se constituía em torno da festa, utilizando seus espaços para os preparativos do projeto coletivo.

Nesse turbilhão de acontecimentos que explodia no CECCO, e que fazia engordar sua zona de comunidade ampliando assim sua trajetória em rede, como concluir essa pesquisa?

Afastada do serviço durante mais ou menos quarenta dias, fui sabendo por telefone, e encontros ocasionais com a equipe, do ritmo da festa comunitária que a cada dia aumentava sua rede de participantes.

No dia trinta de maio de 2007, ainda em meio à imensidão de papéis e livros que ocupavam minha mesa de trabalho para o término desta pesquisa fiz um desvio de percurso e peguei novamente o trajeto do Parque Previdência.

Ali na rua defronte a entrada do parque, a música de quermesse anunciava o “Arraiá da Previdência”. Barracas de cachorro-quente, churrascos, pescaria, churros, doces caipiras, quentão, vinho quente, e refrigerantes, um caixa único para venda das fichas, tornava visível a tal da experiência da gestão em rede de forma intensa e audaciosa.

A grande roda de quadrilha aberta na entrada da noite de lua cheia fazia vibrar os corpos ali presentes, contagiando toda a comunidade moradora do bairro que compareceu em peso na festividade de rua.

A saúde poética, essa idéia de uma saúde intensificada em novos modos de cuidar da vida estava ali presente em ato. A festa que durou cerca de oito horas, não era uma festa para os usuários do CECCO. Ela desencadeou um processo que não se satisfez com a submissão da saúde aos imperativos alheios às linhas de intensificação. Ela constituiu comunidades e subjetividades coletivas, produziu sociabilidade constituindo assim formas de vida.

A festa junina do Parque Previdência reencantou não só a experiência do CECCO, mas a vida comunitária do bairro da Previdência que naquela noite se

surpreendeu com a possibilidade de vida coletiva que emergia daquele encontro. Muitos foram os comentários, de moradores que se achegaram durante o transcorrer da festividade, sobre uma comunidade que ali acontecia e não se tinha notícia anterior.

Essa experiência de criação de comunidade intensificou as notas de encerramento dessa pesquisa cujo itinerário também afirmamos como trajetórias de uma saúde poética.

Referências Bibliográficas

- AGAMBEN, Giorgio. *Homo Sacer. O poder soberano e a vida nua (Homo sacer: il potere sovrano e la nuda vita – I)* Henrique Búrigo (trad.). Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002.
- ALMEIDA, Julia. *Estudos Deleuzianos da Linguagem*. Campinas (SP): Editora Unicamp, 2003.
- ALTOÉ, Sônia (org.) *René Lourau: Analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Editora Hucitec, 287 p., 2004.
- ARENDRT, Hannah. *Homens em tempos sombrios*. Denise Bottmann (trad.). São Paulo: Companhia das Letras, 2003.
- ARISTÓTELES. *Ética a Nicômaco* [Ἠθικὰ Νικομάχεια] São Paulo: Editora Martin Claret, 240 p. (integral), 2001.
- BARBALHO, Alexandre Almeida. “Minorias, Biopolítica e Mídia” (Trabalho apresentado no XXVII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação). *Anais do XXVII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação*. Porto Alegre: Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação, 2004.
- BARROS, Maria Elizabeth Barros de; BARROS, Regina Duarte Benevides de. “Da dor ao prazer no trabalho”. In: SANTOS FILHO, Serafim B.; BARROS, M. E. B. (orgs.). *Trabalhadores da Saúde: Muito prazer!* Protagonismo dos Trabalhadores na Gestão do Trabalho em Saúde (coleção Saúde Coletiva). Ijuí (RS): Editora da Universidade Regional do Noroeste – UNIJUÍ, v. 1, p. 61-72, 2007.
- BARROS, Regina Benevides Duarte de. *Grupo: A afirmação de um simulacro*. Tese (Doutorado, Psicologia Clínica). São Paulo: PUC/SP. 1994.
- BARROS, Regina Benevides Duarte de; BRASIL, V. “Cartografia de um trabalho socioanalítico”. In: BARROS, R., RODRIGUES H., SÁ LEITÃO, M.B. (Orgs.) *Grupos e instituições em análise*. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, p. 228-48, 1992.
- BATAILLE, Georges. [1943] *A experiência interior [L'expérience intérieure]* São Paulo: Ática, 1992.
- BIRMAN, Joel. “Comunidade, diferença, amizade: sobre as novas formas de subjetivação na atualidade”. In: PACHECO, Anelise; VAZ, Paulo (orgs.). *Vozes no milênio. Para pensar a globalização*. Rio de Janeiro: Editora Griphus, pp. 54-72, 2002.
- BONNAFÉ, Lucien (1912-2003). (Potencial Terapêutico do Povo – “*potentiel soignant du peuple*”). Artigo-homenagem de Jean Orly. *LLPF – La Lettre de Psychiatrie Française*, abril 2003. <http://www.psychiatrie-francaise.com/LLPF/2003/avril/article_3.htm> Acesso em 27.07.2007.
- CALVINO, Italo. *As cidades invisíveis (Le Città Invisibili)*. 11. ed., São Paulo: Companhia das Letras, 152 p., 2000.

- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. “Subjetividade e administração de pessoal. Considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde”. In: MERHY, E.E. e ONOCKO, Rosana (orgs.). *Agir em saúde. Um desafio para o público*. 2. ed. (Saúde em Debate — Série Didática). São Paulo: Editora Hucitec, 1997.
- _____. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Editora Hucitec, 2000.
- CAVALCANTI, Maria Tavares; VERTZMAN, J.S.; SERPA Jr., O.D. “Psicoterapia Institucional: Uma revisão”. In: BEZERRA Jr., Benilton; AMARANTE, Paulo (orgs.). *Psiquiatria sem hospício: Contribuições para o estudo da reforma psiquiátrica*, v. 1, pp. 17-30. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará, 1992.
- CLASTRES, Pierre. *A sociedade contra o Estado. (La société contre l'État)* São Paulo: Cosac Naify Edições, 280 p., 2003.
- COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo (coords.). *O público e o privado na saúde: O PAS em São Paulo*. São Paulo: Cortez/CEDEC, 248 p., 1999.
- COSTA SANTOS, Rogério da. “Por um novo conceito de comunidade: redes sociais, comunidades pessoais, inteligência coletiva”. Revista *Interface — Comunicação, Saúde, Educação*. Teixeira R.S. (editor), v. 9, n. 17. Campus da UNESP, Botucatu (SP), p. 235-48, ago-2005.
- CRUZ Nina Velasco e; TOLEDO, Katia Valéria Maciel. “Espaços híbridos: A arte da comunicação de Eduardo Kac”. In: PARENTE André (org.) *Tramas da rede. Novas dimensões filosóficas, estéticas e políticas da comunicação*. Porto Alegre: Editora Sulina, p. 255-64, 2004.
- DELEUZE, Gilles. *Conversações. (Pourparlers)*. Trad. Peter Pál Pelbart. São Paulo: Editora 34, 1996.
- _____. *Crítica e Clínica [Critique et clinique]*. São Paulo: Editora 34, 176 p., 1997.
- _____. *Diferença e repetição [Différence et répétition]* 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Graal, 2006.
- _____. *Lógica do sentido. [Logique du sens]*. Luiz Roberto Salinas Fortes (trad.), 4. ed. São Paulo: Perspectiva, 1998a.
- _____. *O mistério de Ariana. [Mystère d'Ariane]*. Lisboa: Editora Vega, Coleção Passagens, 1996.
- _____. “O que é um dispositivo?” In: *O mistério de Ariana*. Lisboa: Editora Vega, Coleção Passagens, 1996a.
- _____. “Prefácio”. In: GUATTARI, Félix. *Psicanálise e transversalidade: Ensaio de análise institucional*. Aparecida (SP): Editora Idéias & Letras, 2004.
- _____. “Tratado de Nomadologia: a Máquina de Guerra”. In: DELEUZE; GUATTARI. *Mil platôs. Capitalismo e esquizofrenia*, v. 5, p. 11-110, 2002.
- DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. *Anti-Édipo. Capitalismo e Esquizofrenia [L'Anti-Oedipe]*. Lisboa: Editora Assírio & Alvim, 432 p., 1996a.
- _____. *Kafka: Por uma literatura menor [Kafka: pour une littérature mineure]*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1977.
- _____. *Mil Platôs. Capitalismo e esquizofrenia*, v. 1. [*Mille Plateaux. Capitalisme et Schizophrénie*]. Aurélio Guerra Neto e Célia Pinto Costa (trad.). São Paulo: Editora 34, 96 p., 1995.
- _____. *Mil platôs. Capitalismo e esquizofrenia*, v. 3. [*Mille Plateaux. Capitalisme et Schizophrénie*]. Peter Pál Pelbart e Janice Caiafa (trads.). São Paulo: Editora 34, 120 p., 1996.
- _____. *Mil platôs. Capitalismo e esquizofrenia*, v. 4. [*Mille Plateaux. Capitalisme et Schizophrénie*]. Suely Rolnik (trad.). São Paulo: Editora 34, 176 p., 1997.
- _____. *Mil platôs. Capitalismo e esquizofrenia*, v. 5. [*Mille Plateaux. Capitalisme et Schizophrénie*]. Trad. Peter Pál Pelbart e Janice Caiafa. São Paulo: Editora 34, 240 p., 2002.
- _____. *O Anti-Édipo*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- _____. *O que é a filosofia? [Qu'est-ce que la philosophie?]*. Bento Prado Jr. e Alberto Alonso Muñoz (trads.). São Paulo: Editora 34, 1992.
- DELEUZE, Gilles & PARNET, Claire. *Diálogos. [Dialogues]*. São Paulo: Escuta, 1998.
- DONNINI, Osvaldo Antônio. “A reorganização da gestão de saúde em São Paulo”. In: SOUSA, Maria de Fátima; MENDES, Áquilas (orgs.). *Tempos radicais da saúde em São Paulo: A construção do SUS na maior cidade do País*. São Paulo: Editora Hucitec, 432 p., 2003.

- DUBENA, Maíra Uehbe. *Nas entrelinhas da Psicoterapia Institucional. O conceito de ambiência*. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia Social), PUC/SP, 2004.
- DUBOIS, Philippe. *Cinema, Vídeo, Godard*. São Paulo: Editora Cosac Naify, 323 p., 2004.
- ECCO, Humberto. *O nome da rosa [Il Nome Della Rosa]*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1983; Edição Comemorativa, Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2006.
- _____. *Pós-escrito a O nome da rosa. [Postille a Il Nome della Rosa]*. Letizia Zini Antunes e Álvaro Lorencini (trads.). 2. ed., Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 66 p., 1985.
- EDUARDO JORGE Martins Alves Sobrinho. “São Paulo de volta ao Brasil e à Constituição”. In: SOUSA, Maria de Fátima; MENDES, Áquilas (orgs.). *Tempos radicais da saúde em São Paulo: A construção do SUS na maior cidade do País*. São Paulo: Editora Hucitec, 432 p., 2003.
- ELIAS, Paulo Eduardo; COHN, Amélia (coords.). *O público e o privado na saúde: O PAS em São Paulo*. São Paulo: Cortez/CEDEC, 248 p., 1999.
- ESCÓSSIA, Liliana da; KASTRUP, Virgínia. “O conceito de coletivo como superação da dicotomia indivíduo-sociedade”. *Psicologia em Estudo*. v. 10, n. 02, Publicação da Universidade Estadual de Maringá, Departamento de Psicologia. Maringá (PR), p. 295-304, 2005.
- FAYOL, Jules Henri [1916]. *Administração Industrial e Geral: Previsão, Organização, Comando, Coordenação e Controle [Administration industrielle et générale. Prévoyance organisation, commandement, coordination, contrôle]*. São Paulo: Editora Atlas, 10. ed., 138 p., 1990.
- FOUCAULT, Michel. *A verdade e as formas jurídicas [La vérité et les formes juridiques]*. R.C.M. Machado e E.J. Morais (trads.). Rio de Janeiro: Editora Nau, 1999.
- _____. *Dits et Écrits*, v. 3, Paris: Gallimard, 1994; *Ditos e Escritos — Estética: Literatura e Pintura, Música e Cinema*, v. III, 2. ed., Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 484p., 2006.
- _____. “O Anti-Édipo: Uma introdução à vida não fascista”. In: ROLNIK, Suely; PELBART P.P. (orgs.). *Cadernos de Subjetividade*. Edição especial Gilles Deleuze. São Paulo: PUC/SP, p. 197-200, 1996.
- <http://www.psychiatrie-francaise.com/LLPF/2003/avril/article_3.htm> Acesso em 24.07.2007.
- _____. “Introdução à vida não fascista” Wanderson Flor do Nascimento (trad.). Preface in: DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. *Anti-Oedipus: Capitalism and Schizophrenia*, New York: Viking Press, p. XI-XIV, 1977.
- GAGNEBIN, Jeanne Marie. “Como viver junto?”, Conferência proferida no 4º Seminário Vida Coletiva, 27.01.2006, 27ª Bienal de São Paulo. Anotação feita durante a Conferência, 2006.
- _____. “Como viver junto?”, Conferência. Relato de autoria de Luisa Duarte apresentado em 04.08.2006 ao Fórum Permanente da Fundação Bienal de São Paulo, 2006a.
- _____. “Memória, história, testemunho” in: BRESCIANE Stella e NAXARA, Márcia (orgs.), *Memória e (re)sentimento*. Campinas: Editora Unicamp, 2001.
- GALLETTI, Maria Cecília. *Oficinas em saúde mental: Instrumento terapêutico ou intercessor clínico*, Goiânia: Editora da Universidade Católica de Goiás – ECG, 124 p., 2004.
- GHIRARDI, Maria Isabel Garcez. “Tempo de infância num lugar do avesso: Dez anos de estórias no Espaço Lúdico Terapêutico”. *Revista de Terapia Ocupacional*, v. 17, n. 1, p. 1-3, Universidade de São Paulo, jan/abr. 2006.
- GUATTARI, Félix. “A paixão das máquinas” (“La passion des machines”). In: PELBART, Peter Pál; COSTA, Rogério da (orgs.). *O reencantamento do concreto (Cadernos de Subjetividade)*. São Paulo: Educ/Hucitec, 2003.
- _____. *Caosmose. Um novo paradigma estético [Chaosmose. Nouveau paradigme esthétique]*. Ana L. de Oliveira; Lícia C. Leão (trads.). São Paulo: Editora 34, 1993.
- _____. *Psicanálise e transversalidade: Ensaio de análise institucional [Psychanalyse et transversalité : Essai d'analyse institutionnelle]*. A.U. Sobral e M.S. Gonçalves (trads.). Aparecida (SP): Editora Idéias & Letras, 368 p., 2004.
- _____. *Revolução molecular. Pulsões políticas do desejo. [La Révolution Moléculaire]*. São Paulo: Brasiliense, 1987.

- GUATTARI, Felix; ROLNIK, Suely. *Micropolítica: Cartografias do desejo*. [Micropolitiques] 6. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2000. [7. ed., 2007].
- HARDT, Michael. “O trabalho afetivo” [“Affective labor”]. In: PELBART, Peter Pál; COSTA, Rogério da (orgs). *O reencantamento do concreto*. (Cadernos de Subjetividade). São Paulo: EDUC/Hucitec, 2003.
- KEHL, Maria Rita. *Ressentimento*. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo, 248 p., 2004.
- KÜLLER, José Antônio. *Ritos de passagem. Gerenciando pessoas para a qualidade*. São Paulo: Editora SENAC, 1996.
- LÉVY, Pierre. “Árvores da saúde – Uma conversa com Pierre Lévy”. In: <<http://www.corposem.org/rizoma/arvores.htm>> (Acesso em 24.07.2007); Teixeira, R.R. “Árvores da saúde – Uma conversa com Pierre Lévy”. In: Revista *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 3, n. 4. Campus da UNESP, Botucatu (SP), p. 143-58, 1999.
- . *As tecnologias da inteligência. O futuro do pensamento na era da informática*. Carlos Irineu da Costa (trad.). São Paulo: Editora 34, 208 p., 1993.
- LOURAU, René. *A análise institucional (L'Analyse Institutionnelle)*. Mariano Ferreira (trad.). Petrópolis: Vozes, 1975.
- . “O instituinte contra o instituído”. In: ALTOÉ, Sônia (org.). *René Lourau: Analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Editora Hucitec, 2004.
- MÂNGIA, Elisabete Ferreira; BRUNELLO, Maria Inês Britto. “Experiências e contribuições no campo da infância e adolescência”. *Revista de Terapia Ocupacional*, v. 17, n. 1, p. i-iii. Universidade de São Paulo, jan./abr. 2006.
- MARTINS ALVES SOBRINHO, Eduardo Jorge. “São Paulo de volta ao Brasil e à Constituição”. In: SOUSA, Maria de Fátima; MENDES, Áquilas (orgs.). *Tempos radicais da saúde em São Paulo: A construção do SUS na maior cidade do País*. São Paulo: Editora Hucitec, 432 p., 2003.
- MATURANA, Humberto Romesín. “Entrevista” a SACRAMENTO, Mércia Helena; VIEIRA, Adriano J.H. *Revista Humanitates*; v. I, n. 2. Uma publicação do CCEH – Centro de Ciências de Educação e Humanidades da Universidade Católica de Brasília – UCB, Brasília (DF), novembro 2004.
- MELIANE NUNES, Marisa Aparecida. *Rádios Livres, O outro lado da voz do Brasil*. Dissertação de mestrado, Departamento de Jornalismo e Editoração da Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo. ECA-USP/SP, 1995.
- <<http://brasil.indymedia.org/media/2003/03/249584.doc>> (Acesso em 28.07.2007).
- MENDES, Áquilas; SOUSA, Maria de Fátima (orgs.). *Tempos radicais da saúde em São Paulo: A construção do SUS na maior cidade do País*. São Paulo: Editora Hucitec, 432 p. 2003.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cartilha PNH: *HumanizaSUS, Ambiência*. (Política Nacional de Humanização — PNH). Brasília, DF: Editora MS, 2. ed., 2006
- <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/0440%20miolo.pdf>> — Acesso em 24.07.2007).
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório de gestão. Saúde Mental 2003-2006. MS/Coordenação de Saúde Mental, Brasília, fevereiro 2007.
- MUSSO, Pierre. “A Filosofia da rede”. In: PARENTE, André. (org.) *Tramas da rede*. Porto Alegre: Editora Sulina, 2004.
- NANCY, Jean-Luc apud Pelbart, Peter Pál. “A comunidade dos sem comunidade”. In: Pacheco, Anelise; Cocco, Giuseppe; Vaz, Paulo (orgs.). *O trabalho da multidão*. Rio de Janeiro: Gryphus/Museu da República, 2002.
- NEGRI, Antonio. Kairós, *Alma Venus, Multidão: Nove lições ensinadas a mim mesmo [Kairos, Alma Vênus, Multidão. Nove lezioni impartite a me stesso]*. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2000.
- OBICI, Giuliano. *Compartilhando escutas: Oficina de rádio 2006*. Projeto para o Programa Ofício Social (mimeo), 2006.
- OLIVER, Fátima Corrêa; TISSI, Maria Cristina; AOKI, Marta; VARGEM, Ester de Fátima e FERREIRA, Taísa Gomes. “Participação e exercício de direitos de pessoas com deficiência: Análise de um grupo de convivência em uma experiência comunitária”, *Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 8, n. 15. Campus da UNESP, Botucatu (SP), p.275-88, mar/ago 2004.
- ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. “A gestão espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas”. In: *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, p. 122-49, 2003.

- ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; FURTADO, Juarez Pereira. “Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para a avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde”. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 5, p. 1053-62. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, maio, 2006.
- ORLANDI, Luiz Benedicto Lacerda. “Combater na imanência”. Prefácio da obra: DELEUZE, Gilles. *Péricles e Verdi: A filosofia de François Châtelet [Périclès et Verdi — La philosophie de François Châtelet]*. Hortência S. Lencastre (trad.). Rio de Janeiro: Editora Pazulin, 1999.
- _____. Posfácio de GALLETTI, Maria Cecília. *Oficinas em saúde mental: Instrumento terapêutico ou intercessor clínico*, Goiânia: Editora da Universidade Católica de Goiás – ECG, 124 p., 2004.
- _____. “Que estamos ajudando a fazer de nós mesmos?”. In: RAGO, Margareth; ORLANDI, L.B.L.; VEIGA-NETO, Alfredo (orgs.). *Imagens de Foucault e Deleuze: Ressonâncias nietzschianas*. Rio de Janeiro: Editora DP&A, p. 217-38, 2002.
- OURY, Jean. Artigo-homenagem a Lucien Bonnafé (1912-2003). “Potencial Terapêutico do Povo” [“potentiel soignant du peuple”]. *LLPF – La Lettre de Psychiatrie Française*, abril 2003. <http://www.psychiatrie-francaise.com/LLPF/2003/avril/article_3.htm> Acesso em 27.07.2007.
- _____. “Hiérarchie et sous-jacence”, *Séminaire Sainte-Anne*, 1994-1995. In: Anotações de Annick Bouleau na Clínica La Borde, novembro-2006.
- _____. *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle* (Collection Traces). Paris: Payot, 1976.
- PASSOS, Eduardo Henrique & BARROS, Regina Benevides Duarte de. “A humanização como dimensão pública das políticas públicas de saúde”. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.
- _____. *O método da reversão* (mimeo). Texto aula 6-05-2006.
- _____. *Por uma política da narratividade* (mimeo), s/d.
- _____. *Quando concluir é um ponto da estação* (mimeo), 2007.
- _____. Texto aula do GRUPOTRANS. Grupo Independente de Estudos sobre a Transdisciplinaridade, 2005a.
- PELBART, Peter Pál. “A comunidade dos sem comunidade”. In: PACHECO, Anelise; COCCO, Giuseppe; VAZ, Paulo (orgs.). *O trabalho da multidão*. Rio de Janeiro: Gryphus/Museu da República, 2002.
- _____. *A vertigem por um fio*. São Paulo: Editora Iluminuras, 2000.
- PESSANHA, Juliano Garcia. *A sabedoria do nunca*. São Paulo: Ateliê Editorial, 136 p., 1999.
- PMSP. Programa de Saúde Mental. Normatização das Ações nos Centros de Convivência e Cooperativas Municipais. Prefeitura do Município de São Paulo, 1992.
- PMSP. Relatório de Intervenção no CECCO Parque Previdência. Prefeitura Municipal de São Paulo, 2001.
- QUERIDO, Maria José Silva. *Butantã e suas veredas: Guia cultural e artístico [Butantã and his paths: cultural and touristic guide book]*. São Paulo: RQ, 259 p., 1999.
- ROLNIK, Suely. *Cartografia sentimental*. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.
- _____. “Fale com ele, ou como tratar o corpo vibrátil em coma”. Conferência proferida nos simpósios: *Corpo, Arte e Clínica* (UFRGS, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional – Mestrado. Porto Alegre, 11/04/03); *A vida nos tempos de cólera* (ONG Atua, Rede de Acompanhamento Terapêutico. Itaú Cultural, São Paulo, 17/05/03) e *A clínica em questão: conversações sobre clínica, política e criação* (DA de Psicologia UFF e Universidade Nômade, Niterói, 05/12/03). 2003.
- _____. “Fale com ele, ou como tratar o corpo vibrátil em coma”. In: GALLI FONSECA, Tânia; ENGELMAN, Selda (orgs.). *Corpo, Arte e Clínica*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2005a.
- _____. “Uma terapêutica para tempos desprovidos de poesia” [*D’une cure pour temps dénués de poésie*]. In: GIL, J.; LOUPPE, L.; GODDAR, H.; ROLNIK, S. *Lygia Clark, de l’oeuvre à l’événement. Nous sommes le moule. A vous de donner le soufflé*. Ville de Nantes: Musée de Beaux-Arts de Nantes, 2005.
- <http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/terapeutica_Suely_Rolnik.pdf> (acesso em 27.07.2007).

- SANTOS, Rogério da Costa. “Por um novo conceito de comunidade: redes sociais, comunidades pessoais, inteligência coletiva”. Revista *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. TEIXEIRA R.S. (editor), v. 9, n. 17. Campus da UNESP, Botucatu (SP), p. 235-48, ago-2005.
- SERPA JR., O.D.; VERTZMAN, J.S.; CAVALCANTI, Maria Tavares. “Psicoterapia Institucional: Uma revisão”. In: BEZERRA JR., Benilton; AMARANTE, Paulo (orgs.). *Psiquiatria sem hospício: Contribuições para o estudo da reforma psiquiátrica*, v. 1, p. 17-30. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará, 1992.
- SERRES, Michel. *Filosofia mestiça*. [Le Tiers-instruit]. Maria Ignez Duque Estrada (trad.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.
- _____. *O nascimento da Física no texto de Lucrecio. Correntes e Turbulências*. [La Naissance de la physique dans le texte de Lucrèce. Fleuves et turbulences]. Péricles Trevisan (trad.). São Paulo: Fundação Editora da UNESP, 300 p., 2003.
- SILVA, Ana Lúcia Abrahão da. “Produção de Subjetividade e Gestão em Saúde: Cartografias da Gerência”. Tese de Doutorado. UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, Campinas (SP), 2004.
<<http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000353783>>.
- SOARES, Raquel Paiva de Araujo. “Política de minorias: Comunidade e cidadania”. Revista *Agoranet – Media e Cidadania*. Universidade da Beira Interior, Coimbra (Portugal), 21 out. 2003.
- SOUSA, Maria de Fátima; MENDES, Áquilas (orgs.). *Tempos radicais da saúde em São Paulo: A construção do SUS na maior cidade do País*. São Paulo: Editora Hucitec, 432 p. 2003.
- SOUZA E SILVA, Adriana Araujo de. “Arte e tecnologias móveis: Hibridizando os espaços públicos”. In: PARENTE André (org.) *Tramas da rede. Novas dimensões filosóficas, estéticas e políticas da comunicação*, v. 1. Porto Alegre: Editora Sulina, 2004.
- TAYLOR, Frederick Winslow. *Princípios da administração científica* [The Principles of Scientific Management – 1911]. São Paulo: Atlas, 1987.
- TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. *As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público*, 2004;
<<http://www.corposem.org/rizoma/redeafetiva.htm>>. Acesso em 24.07.2007.
- _____. “As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público”. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, supl. 1, Rio de Janeiro, 2005.
- _____. “Humanização e Atenção Primária à Saúde”. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, Rio de Janeiro, p. 585-97, 2005a.
- TOLEDO, Katia Valéria Maciel; CRUZ Nina Velasco e. “Espaços híbridos: A arte da comunicação de Eduardo Kac”. In: PARENTE André (org.) *Tramas da rede. Novas dimensões filosóficas, estéticas e políticas da comunicação*. Porto Alegre: Editora Sulina, p. 255-64, 2004.
- VARELA, Francisco. “O reencantamento do concreto”. In: PELBART, P.P.; COSTA, R. (orgs.) *Cadernos de subjetividade: O reencantamento do concreto*. (Cadernos de Subjetividade do Núcleo de Estudos da Subjetividade, vinculado ao Pós-Graduação de Psicologia Clínica da PUC-SP). São Paulo: Hucitec, p. 33-52, 2003.
- VERTZMAN, J.S.; CAVALCANTI, Maria Tavares; SERPA JR., O.D. “Psicoterapia Institucional: Uma revisão”. In: BEZERRA JR., Benilton; AMARANTE, Paulo (orgs.). *Psiquiatria sem hospício: Contribuições para o estudo da reforma psiquiátrica*, v. 1, p. 17-30. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará, 1992.
- ZOURABICHVILI, François. “Deleuze e o possível (sobre o involuntarismo na política)” in: ALLIEZ, Éric. (org.) *Gilles Deleuze: uma vida filosófica*, São Paulo: Editora 34, 2000.
- _____. *O vocabulário de Deleuze* [Le Vocabulaire de Deleuze]. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2004.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)