

An abstract painting of a human figure, rendered in a cubist style. The figure is primarily composed of yellow and brown tones, with dark outlines. The background is a textured, dark brown. The figure's head is tilted, and its limbs are angular and blocky.

**Residência Multiprofissional Integrada
em Saúde Mental Coletiva da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

*Em Busca da Vida Intersetorial de Viamaria:
saúde mental e outras políticas públicas*

Ricardo Andre Cecchin

Porto Alegre, janeiro de 2012.

RICARDO ANDRE CECCHIN

**Em Busca da Vida Intersectorial de Viamaria:
saúde mental e outras políticas públicas**

Monografia apresentada como requisito parcial à conclusão
do Curso de Especialização em Saúde Mental Coletiva
realizado com a Residência Integrada Multiprofissional em
Saúde Mental Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Rosemarie Gartner Tschiedel

Porto Alegre, janeiro de 2012.

*Dedico, em especial,
aos Pequenos Príncipes e Policarpos Quaresmas
que não cansam de regar suas rosas.*

*Meu sofrimento é fruto do que me ensinaram a ser,
sendo obrigado a fazer tudo mesmo sem querer.
Quando o passado morreu e você não enterrou
o sofrimento do vazio e da dor, ficam ciúmes,
preconceitos de amor, e então:
É preciso você tentar, é preciso você tentar,
talvez alguma coisa muito nova possa lhe acontecer.*

Aquela coisa, 1980;
canção do álbum de mesmo nome
do compositor - Raul Seixas.

Resumo

Este projeto de pesquisa inscreve-se como Trabalho de Conclusão da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental Coletiva da UFRGS e objetiva empreender uma cartografia em busca de como acontece a intersetorialidade, conforme prevista em várias conferências de políticas públicas brasileiras, entrevistando atores sociais envolvidos no caso de uma usuária de vários equipamentos do Estado, a Viamaria, escolhida pela complexidade do caso. A pesquisa buscará interlocução com três setores – saúde, justiça e assistência social – entrevistando um profissional de cada um destes e também consultando prontuários e outros registros institucionais por onde ela andou em busca de uma vida melhor. Os referenciais teóricos da Análise Institucional articulam-se com as políticas públicas do SUS, do SUAS e da Reforma Psiquiátrica. O método da pesquisa é a cartografia. Pretende-se explorar e justificar a necessidade de diálogo entre as políticas assistenciais e também problematizar os fluxos e contra-fluxos das políticas públicas em decorrência das clivagens e enquadramentos da seguridade social no Brasil.

Palavras-chave:

Intersetorialidade – Políticas Públicas – Diálogo – Saúde Mental – Caso.

APRESENTAÇÃO

Este trabalho de pesquisa e intervenção procura em sua artesanaria construir platôs de inteligibilidade para quem busca acessar meandros políticos de difícil identificação, seja por suas sutilezas, novidade ou raridade - a *intersectorialidade* como ideal das políticas públicas pergunta pelo seu real e pelo seu possível no cotidiano dos serviços públicos. Como dizer que ela acontece se mesmo sua anúncio ainda mantém uma aura de novidade e amadurecimento no cenário nacional? Fazer circular saberes e poderes entre os setores governamentais em um país de recente processo de democratização é um desafio, principalmente quando lembramos nossa história de colonialismo e exploração; uma história documentada por Eduardo Galeano (1978) em *As veias abertas da América Latina* e que ainda hoje, passados muitos governos autoritários e ditatoriais, imprime na cultura muitos de seus traços, reproduzindo e atualizando-os.

Na educação, na saúde, assistência social ou na justiça, seja onde for, dentro e fora do campo macropolítico, essa cultura da brasilidade imprime seus modos de subjetivação e, como não poderia deixar de ser, nas pequenas ações cotidianas das pessoas que exercem cargos de competência nas instituições, na micropolítica dos afetos cotidianos, se repetem relações de abuso de autoridade, discriminação racial e sexual, moralismos e arcaísmos. Ou seja, os equipamentos (serviços de saúde, escolas, centros de assistência, etc) do Estado Brasileiro de Direito Democrático, ainda hoje, depois de instituída toda uma constituição democrática de direito e políticas pretensamente públicas, fazem um trabalho que passa por uma sobrecodificação dessa história de mais de quinhentos anos.

Na história da loucura não é diferente: os equipamentos do Estado ocupados no controle dos ditos anormais confinou no auge do positivismo "cada lugar na sua coisa" e delegou ao futuro uma missão quase impossível de reintegração à sociedade de tudo que lhe foi segregado - os loucos, as crianças abandonadas, os criminosos, os idosos, os excepcionais e outros tantos diagnosticados como incompatíveis ao domínio social, reféns de instituições totais. Hoje, com a maioria do processo da reforma psiquiátrica os militantes da luta antimanicomial compreendem bem a necessidade de diálogo entre setores do governo na tentativa de reduzir os danos da fragmentação das políticas ditas públicas. No entanto, mesmo necessária e possível a intersectorialidade acontece, aqui e ali, linear ou tortuosa, direta e indiretamente, ninguém sabe a fórmula mágica de como seria trabalhar junto no Brasil.

Este trabalho de conclusão de percurso na residência pretende avançar um pouco nesta reflexão sobre a intersetorialidade cartografando os encontros e desencontros em torno da assistência de uma cidadã brasileira, gaúcha e viamonense: a Viamaria. E, para tal, serão tramados diálogos entre teorias institucionalistas, as legislações e diretrizes políticas, com uma coleta de pistas feita com entrevistas e diversos retornos aos serviços por onde ela passou e deixou pegadas. As entrevistas foram pensadas nos três principais setores utilizados por esta cidadã: saúde mental, assistência social e ministério público. Com esse material de pesquisa, funcionando como um espaço de conversação entre o pesquisador e outros atores políticos; intenta-se acompanhar os caminhos por onde uma cidadã como a Viamaria precisa percorrer para melhorar sua vida e, também e principalmente, compreender como acontecem (ou não) diálogos entre os serviços públicos no Brasil.

O texto integral deste trabalho não foi segmentarizado para acompanhar em seu postulado de coerência sua própria questão política. No entanto, por questões estéticas, que também são éticas, algumas clivagens mostraram-se interessantes para melhor acessibilidade ao material constitutivo deste trabalho de conclusão de percurso. Após uma introdução ao tema e as considerações metodológicas são apresentados os diálogos citados acima (parágrafo anterior) sem maiores divisões e seguindo até um excerto de (re)considerações finais e referências bibliográficas.

No texto deste trabalho, todos os nomes dos familiares da Viamaria e das pessoas entrevistadas para a pesquisa tiveram seus nomes originais trocados por **nomes fictícios**.

INVENTÁRIO DE SIGLAS

CAPS II- Centro de Atenção Psicossocial tipo II
CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas
CNS - Conferência Nacional da Saúde
CRAS - Centro de Referência da Assistência Social
CREAS - Centro de Referência Especializado da Assistência Social
MP - Ministério Público
PSF - Programa da Saúde da Família
RIS -Residência Integrada em Saúde
SRT - Serviço Residencial Terapêutico
SUS -Sistema Único de Saúde
SUAS -Sistema Único da Assistência Social
UBS - Unidade Básica de Saúde

INTRODUÇÃO

A cidade de Viamão tem uma população de aproximadamente duzentos e quarenta mil habitantes, localizada na zona região metropolitana da capital do estado do Rio Grande do Sul, com sua história e geografia particulares. Viamão, como muitas outras cidades do Brasil, enfrenta no cotidiano as dificuldades da miséria e sua reprodução neoliberal. O Estado brasileiro na onda da globalização e das políticas que buscam amenizar os danos da economia de mercado institui na década de 90 leis e programas de assistência à sua nação de *desfiliados* (Castel, 2010). A seguridade social ganha força na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), do Sistema Único da Assistência Social (SUAS) e outras políticas públicas, ainda que perdendo muito com a herança secular da expropriação e da corrupção por parte dos governantes do país, a abismal desigualdade social, os interesses privados e corporativistas, ou ainda, paradoxalmente, com os horizontes das políticas públicas situados na contramão da política global neoliberal.

Sobre este processo de instituição das políticas públicas, em especial no campo da saúde pública, a compreensão da necessidade de sair de um modelo antigo centrado na figura do especialista, do médico e do hospital, abre a discussão de outras formas de trabalhar em saúde, outras formas dos serviços estatais assistirem a seus cidadãos. Na década de 90, com os ideais democráticos na pauta brasileira, as idéias de sistema, redes sociais, rede assistencial, redes de cuidado, entre outras, começam a surgir entre os pensadores dessas políticas. Um bom exemplo disso é no campo da saúde mental, onde aparecem essas noções de *rede* no centro das discussões da segunda e terceira Conferência Nacional da Saúde Mental (CNSM). O estudo de Gustavo Zambenedetti (2008) sobre este processo de surgimento das noções de **rede** na saúde e na saúde mental mostra que nas últimas décadas há um destaque para o caráter inter-setorial e informal da rede. No campo da saúde mental, diz Zambenedetti, *poderíamos falar que uma “rede de atenção em saúde mental” envolveria pelo menos três níveis: intra-setorial (setor saúde); inter-setorial (educação, cultura, trabalho); e rede social (envolvendo os dispositivos sociais: igrejas, associações de bairro, escolas, cooperativas).*

Na 2a CNSM é ressaltada a necessidade de um entendimento do processo saúde/doença de modo contextualizado, ocorrendo uma crítica à compartimentalização do sujeito operada pelas disciplinas profissionais e pelos serviços de saúde. Como desdobramento, no plano assistencial

defende-se uma atenção integral em saúde mental, a qual implica “*um conjunto de dispositivos sanitários e socioculturais que partam de uma visão integrada das várias dimensões da vida do indivíduo, em diferentes e múltiplos âmbitos de intervenção (educativo, assistencial e de reabilitação)*” (BRASIL, 1994, p. 7). (Zambenedetti, 2008)

No entanto, mesmo havendo compreensão, entendimento e governabilidade de quem pensa os modos de operar democraticamente as políticas públicas, isto não implica sua reverberação no cotidiano da realidade dos serviços, nas relações entre trabalhadores ou destes com a população usuária. Em serviços de saúde mental, por exemplo, é comum chegarem pessoas por encaminhamento da assistência social, ou por determinação judicial, acompanhadas pela brigada militar (etc) - trânsitos sempre estranhos tanto para os usuários dos programas de assistência, como para seus trabalhadores.

Em 2011, na IV Conferência de Saúde Mental Intersetorial, houveram deliberações no sentido de tornar a intersetorialidade uma estratégia da atenção psicossocial, estabelecê-la como um sistema integrado de políticas públicas, formatá-la como fórum, estabelecer protocolos de cooperação intersetorial nas três esferas do governo (federal, estadual e municipal), ou seja, aferiram-se várias formas de viabilizar esta pretensão política, explícita no nome desta conferência *intersetorial*, com vistas à desfragmentação das políticas.

Com isso, percebe-se que as políticas públicas em geral estão compreendendo a necessidade de diálogo entre si como uma estratégia democratizadora, uma forma de fazer circular saberes e poderes nos processos de decisão política e gestão dos espaços públicos (Santos, 2004), mas e quem usa os serviços, quem trabalha neles, o quanto compreendem essas necessidades da gestão?

Uma boa resposta encontramos com Zambenedetti (2008), *aponta-se assim o risco de que, ao invés de o sistema ser organizado em função das pessoas (no caso, dos usuários e trabalhadores do sistema de saúde pública), as pessoas é que acabam tendo que se organizar em função do sistema, tornando-se mais uma ‘roda dentada’ de sua engrenagem. Isso ajuda a explicar os processos de alienação a que trabalhadores e usuários dos serviços de saúde são submetidos em seu dia-a-dia. Não é difícil observarmos usuários que tentam acessar um serviço de saúde e descobrem que “não estão no lugar certo”. “Mas porque não posso ter uma consulta aqui?”, poderia perguntar um usuário. E a resposta seria: porque o sistema é que determina os pontos de entrada, saída, encaixe e circulação. Também não é incomum observarmos profissionais que não sabem o que fazer quando a necessidade do usuário não corresponde ao “perfil” do serviço*

acessado. (...) De fato, então, não temos um sistema único, mas vários pretensos sistemas únicos operando por filiação: saúde, assistência social, justiça, e assim por diante. (p. 92)

Viamaria é uma dessas rodas dentadas da engrenagem, ou ainda, uma *usuária intersetorial* dos equipamentos do Estado brasileiro. Sua vida é questão (quando não é problema) para a Saúde Mental, para a Justiça, para a Coordenadoria da Mulher, para a Assistência Social e outros setores dos municípios de Viamão e Porto Alegre. De sua vida, fazem parte sua filha Luciana e seu ex-marido Cássio; e todos os demais atores sociais envolvidos com a problemática instaurada pela história de sofrimentos desta família. Compõem o elenco: juízes, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, advogados, médicos, motoristas, vizinhos e outras tantas pessoas. O cenário: sofrimento psíquico grave, abusos, dependência de fármacos e outras drogas, violência física, internações psiquiátricas, prisões pela Maria da Penha, *habeas corpus* comprado com a promessa de um vestido novo.

O convênio da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental Coletiva da UFRGS (RIS/UFRGS) com as Secretarias de Saúde dos municípios de Viamão e Novo Hamburgo possibilitou uma formação de vários profissionais em serviços da rede pública de saúde, dentre os residentes, o autor deste projeto de pesquisa. A intenção de uma formação em serviços do SUS é preparar os futuros profissionais desta política pública em consonância com seus princípios e diretrizes e com a Educação Permanente em Saúde e, como Tatiana Terragno (2007) refere: “uma residência inventiva como a inovação da integralidade na atenção em saúde mental”.

Em uma reunião no CAPS II (Centro de Atenção Psicossocial) Centro de Viamão, cenário de práticas dessa Residência integrada em saúde, entre sua equipe e a equipe do CREAS (Centro Regional Especializado de Assistência Social), surge a idéia de fazer um filme-documentário, mais uma vez, pois a riqueza de um estudo deste caso é consensual entre os sujeitos envolvidos com a vida de Viamaria; e já se falou em filme mais de uma vez. E como recita Sandra Fagundes (2010), “fazer política é fazer caso” e é “dar visibilidade a poderes enfraquecidos”. Por exemplo, o estudo do caso *Estamira*, com seu documentário cinematográfico, ilustra bem a amplitude das questões que se abrem ao pesquisador de um caso sócio-político encarnado em pessoa.

Sobre como se efetivaram as entrevistas da pesquisa e ela mesma:

As entrevistas que compõem a pesquisa "Em busca da Vida intersetorial de Viamaria: saúde mental e outras políticas públicas" foram feitas dentro da ética do método cartográfico proposto por Suely Rolnik (2006), Virginia Kastrup e Eduardo Passos (2009) em seus livros, em parceria com outros autores, sobre este tema. Mesmo sem ter de antemão, numa totalidade, as perguntas, uma sistemática, um roteiro pré-definido; mesmo assim, a condução de como acontecerão as entrevistas nesta pesquisa é questão para o pesquisador-cartógrafo em ação, pois o que lhe importa é um certo modo de encontro entre ele e as pessoas com quem irá entrevistar. Cabe inferir que o termo "entrevista" não representa bem a proposta deste encontro entre o pesquisador-cartógrafo e seus parceiros de viagem nesta cartografia, pois se trata mais de um espaço de conversação do que uma entrevista propriamente dita. De acordo com Ricardo Teixeira (2003), em sua reflexão sobre os modos de comunicação em saúde, aponta para uma *rede de conversações* dentro e fora dos serviços de saúde como uma diretriz dos modos de cuidar e ser cuidado. E assim, nesta proposta de conversação entre trabalhadores de políticas públicas com um caráter processual de encontro, sem um modelo de investigação ou roteiro antecipado, implica que "o método vai se fazendo no acompanhamento dos movimentos das subjetividades e dos territórios" (Kastrup, Barros, 2009, p. 77). E por se tratar de um encontro no qual a produção de subjetividade é questão, a ética toma um caráter diretivo no modo de entrevistar e ser entrevistado, de versar e conversar.

A produção desta pesquisa teve contornos específicos no que tange seus instrumentos de fazer saber, sua artesanaria. O computador no qual foi redigido quase todo o material deste trabalho é um aparelho antigo sem internet, de uso e propriedade pessoal, ligado a um aparelho de som. Os arquivos de texto que colaboraram com esta produção foram acessados em outros computadores e transportados em drivers externos (pen-drive). Cabe o registro aqui do modo cômico como foram escutadas e re-escutadas as entrevistas gravadas: sem funcionarem nos fones de ouvido elas foram reproduzidas no aparelho de som com o volume alto, invadindo os lares vizinhos da vila Pitinga, onde resido, mas sem danos significativos no processo de produção de conhecimento implicado em questão.

Os percursos atrás de interlocuções

A primeira entrevista foi marcada com a Sabrina, trabalhadora do CAPS II onde fiz campo no primeiro ano de residência em saúde mental coletiva. Conversar com ela, no momento da entrevista, foi de forma tão fluente e próxima dos outros tantos convívios que foram-nos possíveis na agenda semanal da Residência (RIS) em Viamão que no momento de transcrever sua gravação em texto tive impressão de que a escolhi para auxiliar no meu próprio argumento, pois compartilhamos de vários posicionamentos na clínica-política que fizemos em nosso trabalho em saúde mental. A Sabrina recebeu-me em sua própria casa com a recém-chegada filha nos braços, emprestou-me o gravador e convidou-me para o almoço depois da gravação (ainda que nosso combinado de 10:30 da manhã mantinha implícito o convite). Já nos conhecíamos de outros tempos e espaços, *sabemos fazer e fazemos saber* coisas semelhantes no nosso trabalho em saúde por nossa formação em serviços e outros espaços de cuidado; sua fala expressa algo de que compartilho e o modo como ela narra histórias sobre a Viamaria e sua família alinha-se com minha própria *narratividade* (sobre a política da narratividade, ver Eduardo Passos (2009) - *Pistas do Método da Cartografia*).

A Sabrina foi quem indicou a Augusta (nome fictício), assistente social que no ano passado acompanhou de perto o caso da Viamaria pela Coordenadoria da Mulher. A Augusta, logo que a vi, lembrei de havê-la visto quando participei nas reuniões intersetoriais sobre o caso Viamaria acontecidas na sala da equipe do CAPS II. Ela logo se prontificou a contribuir para esta pesquisa, marcamos para a semana seguinte. Um bom espaço de conversação foi o bastante para gravar discursos outros sobre o caso, falas que destoavam um pouco da conversa com a Sabrina, mas de modo geral, discursos com muita propriedade e coerência interna.

O terceiro setor escolhido para compor esta cartografia foi a Justiça, no caso, o Ministério Público, um lugar "extraterrestre" para quem pertence ao "mundinho da saúde" como eu e meus conterrâneos. A dificuldade de acesso às pessoas que trabalham com os processos, promotores e juízes é tamanha que não pode deixar de somar aqui como um *analizador* da acessibilidade a este serviço. Para se ter uma noção do que digo, a roupa que se usa é mencionada imediatamente com a primeira promotora que encontro em busca de informações sobre o caso "- Desculpe minha roupa, você já deve ter reparado com ela que não sou promotora da vara criminal da família...". E esta pessoa estava impecável em seu traje social típico das mais altas elites brasileiras; enquanto minha

roupa, mesmo sendo uma de minhas melhores, me deixava com vergonha de responder a qualquer comentário deste tema. Poder pegar o elevador e caminhar pelos corredores do Ministério Público - SOMENTE usando um crachá de "visitante" e acompanhado por pessoas ordenadas para tal. Os seguranças da portaria são brigadianos (polícia militar).

Descobrir quem do Ministério Público participou do caso foi tarefa difícil. Tentei encontrar algum nome nos prontuários e com as equipes dos dois CAPS envolvidos com a família - o CAPS II que referencia a Viamaria e sua filha Luciana; e o outro serviço, que atendia o Cássio. Na quarta vez que procuro o MP em busca de interlocução para a pesquisa, o assessor de uma promotora encaminha meu pedido para participação na pesquisa para outra vara criminal, dizendo que assim foi feito tal “despacho” pela promotora. A terminologia é estranha para mim, que sou do “mundinho da saúde”, sinto-me enrolado, começo a cansar, mas eis que a ligação telefônica é repassada para outra assessora que diz que irá apressar o pedido para que a outra promotora possa atender tão logo receba o pedido.

Sem obter resposta em tempo hábil para conclusão desta pesquisa, o dado mais evidente é o da dificuldade de interlocução com o Ministério Público. Serve aqui, nesta pesquisa como um *analizador*, como uma pista de como (não) acontece a intersetorialidade entre o MP e outros equipamentos do Estado brasileiro, ao menos, de forma mais fluente e micropoliticamente acolhedora.

Uma breve história da Viamaria:

A Viamaria estava casada há mais de trinta anos com seu marido Cássio quando teve início o processo desta pesquisa. O casal teve três filhas e um filho, cujo ente morreu assassinado quando adolescente. Desde essa perda, a família sofre um luto, de certa forma, manifestado em um quadro depressivo com a Viamaria e num uso intenso de substâncias psicoativas por parte do Cássio. A filha mais velha, a Luciana, também perdeu um filho depois de brigar com seu pai, o Cássio, que a agride e põe para fora de casa no frio e na chuva com o bebê. Houveram, depois da morte deste bebê, vários episódios de falsa gravidez que levam a Luciana buscar suporte em um serviço de saúde mental. Tanto ela como a Viamaria estão referenciadas em um mesmo CAPS II; e o Cássio,

devido a um diagnóstico de dependência química, em outro serviço da rede de saúde mental do município.

Com uma longa trajetória de internações psiquiátricas no Hospital Psiquiátrico São Pedro e em outros hospitais de Porto Alegre, medicalização psiquiátrica de uso (nem sempre) controlado, estima-se que ela é atendida em Viamão desde a fundação do primeiro ambulatório de saúde mental do município. A Viamaria foi vítima de agressões por parte do marido há muitos anos e buscou ajuda, depois dos serviços de saúde mental, também na Coordenadoria da Mulher, no CREAS e em outros serviços da assistência social. Estes, a ajudam a buscar auxílio da justiça no Ministério Público no ano passado (2010). A aplicação da Lei Maria da Penha apreende o Cássio, que fica preso por quinze dias, até que a própria Viamaria peça para ele sair através de um *habeas corpus adquirido* com a promessa de um vestido novo.

Provavelmente, todas as filhas do casal foram abusadas e agredidas pelo pai; a menor saiu de casa com 13 anos de idade para morar com o namorado e até hoje tem medo do pai. A Luciana ainda vive com a Viamaria, enquanto as outras duas filhas saíram de casa logo que puderam. A Viamaria fala com muita dor dessas filhas, que vivem longe dela, principalmente da menor, que foi muito agredida pelo pai.

Houveram relatos de que o Cássio oferecia sua mulher, a Viamaria, e as filhas para seus companheiros de uso de drogas como pagamento. Ele trabalha em um setor privilegiado do município e mantém uma rede de respeitabilidade em seu entorno, amigos e colegas de trabalho, que são complacentes com o fato dele conviver com uma mulher doente mental, compreendendo isso também como uma justificativa de seu uso abusivo de substâncias psicoativas. Várias vezes a internação de Viamaria serviu para o Cássio ficar de atestado do trabalho.

Em busca da intersetorialidade:

Viamaria nos mostra que alguns cidadãos e coletivos, irredutíveis a apenas uma clivagem política, precisam de assistências múltiplas - precisam, por exemplo, atenção da saúde, assistência social, proteção jurídica, habitação, cultura, saneamento básico, entre outras - e a *intersectorialidade* se torna imprescindível para uma mínima integralidade da atenção. É o caso de muitos usuários da saúde mental, das crianças, dos idosos, dos usuários de substâncias psico-ativas, os povos indígenas,

os sindrômicos, enfim, casos e complexidades que exigem integralidade nas interferências assistenciais, ou seja, integração das políticas que lhe garantem direitos.

Uma questão inicial: por que a política foi segmentarizada se na prática as ações, não apenas em casos mais complexos, precisariam ser integrais? A noção de **segmentaridade** foi construída por etnólogos para dar conta das sociedades primitivas, sem Estado, mas conceitualmente ampliada pelo filósofo Gilles Deleuze (2007) toma outro caráter: *Somos segmentarizados por todos os lados e em todas direções. O homem é um animal segmentário* (p. 83). Sem precisar opor o central e o segmentário, ou diferir das sociedades primitivas, pois *a centralização é sempre hierárquica e a hierarquia é sempre segmentária* (p.105), Deleuze diz que *o sistema político moderno é um todo global, unificado e unificante, mas porque implica um conjunto de subsistemas justapostos, imbricados, ordenados, de modo que a análise das decisões revela toda espécie de compartimentações e de processos parciais que não se prolongam uns nos outros sem defasagens ou deslocamentos* (p. 85). Assim, considerando a segmentaridade como uma condição humana, uma condição do pensamento, do poder de decidir, sem precisar divagar mais sobre a necessidade ou não de segmentar, outra pergunta bate à porta desta cartografia: uma vez segmentarizadas, as políticas que se pretende integrar perdem ou ganham força na união? A integração de políticas viria com a intenção de minimizar as defasagens inerentes ao processo da segmentação?

E, ainda buscando suporte em Deleuze (2007), uma diferenciação parece apropriada para dar um outro rumo a essa questão, conexão e conjugação:

- Conexão: união que precipita, aumenta ou aquece as possibilidades dos seus segmentos lançados entre si;
- Conjugação: união que imobiliza o fluxo de possibilidades dos mesmos segmentos sob o domínio de um deles;

No entanto, de acordo com Deleuze (2007), por teorema, é o fluxo mais desterritorializado que aciona a conjugação de fluxos, que limita, diminui, esfria, imobiliza os processos reterritorializando-os. Ou seja, traduzindo isso para as políticas públicas brasileiras, os sujeitos ou coletivos mais inacessíveis ao controle do Estado são os que agenciam novos segmentos, protagonizando novos programas de assistência, projetos-piloto, inovação e protagonismo.

Depende, então, de **como** são agenciadas as partes de alguma política pública em sua execução, se conectadas ou conjugadas no âmbito de suas ações macro e micropolíticas. Seria na união de segmentos políticos (setores da política) com vistas, por exemplo, ao combate da

exploração infantil, à erradicação da fome, ou no programa de prevenção da violência, que se tenderia a conjugar fluxos políticos em reterritorializações burocráticas. Programas interministeriais, por exemplo, em âmbito nacional, teriam como que um prazo de validade por necessitarem de permanente atualização e adaptação no cenário nacional. A intersetorialidade, ações intersetoriais, correm perigo de institucionalizar-se sob agenciamentos estáveis da mesma forma que Zambenedetti (2008) alertou sobre o andamento reforma psiquiátrica brasileira, incorrendo em cristalizações sobre o modelo que pretendia superar.

Agenciamentos mais potentes se dariam, conforme esta lógica, em ações conjuntas protagonizadas por agentes políticos com vistas a casos singularizados de cidadãos ou coletivos que demandem novas ações intersetoriais e que não estejam previstas nas agendas dos setores acionados. Nessa linha, a potencialidade dessas ações não programadas, conectadas em nível micropolítico por desejo dos técnicos que inventam algo novo ao se reunirem para conversar, e por se tratarem de conexões do **trabalho vivo em ato** (Mehry, 2009), aumentaria suas chances de êxito.

As políticas precisam se adequar aos sujeitos e não o contrário, destes se adequarem às políticas.

Na história das políticas públicas brasileiras e de como veio a elas se aproximar essa noção de intersetorialidade e de sua necessidade, vários segmentos da sociedade civil através de mobilizações sociais, como a Reforma Sanitária e a luta antimanicomial, e outros governamentais foram protagonistas de acordos interministeriais e programas de ação conjunta entre diversos setores.

Pedro Delgado e Maria Cristina Couto (2010), sobre a atenção à saúde mental de crianças e adolescentes, também compreendem a necessidade de diálogo entre setores como uma premissa básica. E desta ótica acrescem a problemática de que ações intersetoriais acontecem apenas quando as ações setoriais e/ou especializadas não mostram eficácia, sendo consenso a necessidade de dialogar apenas quando os casos são reais e complexos para um só setor responder à demanda. Em um estudo sobre a implementação dessa política no Brasil, em meados do século XXI, os autores localizam a intersetorialidade historicamente como *uma ação apenas iniciada pela saúde mental infantil* e que seu modo de funcionar passa pelo modo como se elegem os casos, como eles são apresentados pelas equipes, ou profissional que as represente nos encontros intersetoriais: *É a*

construção do problema, a forma como é proposto e a posição de quem o propõe, que podem potencializar parcerias efetivas, escapando de armadilhas corriqueiras como as da rivalidade, delegação de responsabilidade ou a de expertise e mestria entre um setor e o outro (p. 06).

Voltando à dimensão micropolítica, do caso a caso da clínica, buscando entender como um **caso** é criado, Edson Souza (2000), sob o viés da psicanálise, nos fala que um caso é entendido como uma construção entre o que se fala e o que se escuta, uma ficção, uma apreensão circunstancial e momentânea de uma construção. Ao referir o caso com a metáfora da "vida entre parênteses", o autor infere que estes seriam os indicadores dos limites do discurso de quem constrói o caso, pois *os casos revelam em maior ou menor grau, seu autor (p. 16).*

E obedecendo as diretrizes de um trabalho coletivo, de casos construídos por equipes multiprofissionais, resta perguntar como se constrói um caso desta maneira. E também, como se constrói um caso com o próprio protagonista da política pública - o usuário do sistema ou dos sistemas que podem lhe servir. Ricardo Teixeira (2003) aponta para o modo como se dão os encontros nos serviços de saúde, como o usuário for acolhido em sua recepção no(s) serviço(s) (**acolhimento**) dependerá sobremaneira do entendimento (da equipe) de que aquele é um "*espaço primordial de investigação/elaboração/negociação das necessidades que podem vir a serem satisfeitas*" (p. 102). O autor ainda frisa o óbvio de que não é apenas no momento e espaço formal da recepção do(s) serviço(s) que se compreende este espaço "primordial", mas em todos os demais encontros assistenciais, visto que em todas suas passagens pelo(s) serviço(s) implicarão em espaços de investigação/elaboração/negociação de necessidades. Ainda nos é colocado pelo Ricardo Teixeira (2003) uma outra obviedade, de que no encontro trabalhador-usuário dos serviços, em questões micropolíticas, o que importa a essa relação se dá na **conversa**. Considerando o trabalho em saúde em sua materialidade, nada mais evidente que ele acontece exclusivamente nas conversas, sejam individuais ou em grupo, nos serviços ou nos territórios assistidos, de forma que o autor aponta a conversa como o material do "trabalho vivo em ato" proposto por Mehry (2009) em sua formulação mais micropolítica. Ainda sobre isto, o autor faz paralelos entre técnicas de conversa e democracia propondo ao nível micropolítico uma "democracia viva em ato", onde um dispositivo técnico que ele chamou de acolhimento-diálogo corresponde a um tipo geral de comunicação entre os elementos que compõem a rede, funcionando como dinamizador das relações dos encontros em serviços de saúde, ao mesmo tempo, produtor de saúde e educativo.

Agora, deslocando esse vetor da democracia viva em ato para nosso foco de estudo, a intersetorialidade, o óbvio seria dizer que ela acontece no **diálogo** e que o diálogo é um tipo de **comunicação**. A forma como se dão as trocas de informações e como se constroem os casos, diagnósticos e prognósticos, entre os serviços que buscam se aproximar da vida de seus usuários podem acontecer de várias formas. Sobre as diferentes formas de comunicação na saúde, Ricardo Teixeira (1997) apresenta uma sistematização teórica que discrimina quatro modelos ou esquemas de interpretação: 1) unilinear; 2) dialógico; 3) estrutural; 4) diagramático. Desde o início do século XX, o campo de saberes e práticas da comunicação para se legitimar científico e institucionalmente buscou influir mais no comportamento consumidor e na propaganda política do que nos meios comunicacionais. Fortemente influenciado pelo behaviorismo norte-americano explicando os fenômenos comunicacionais em fator de estímulo e resposta, temos o primeiro e principal modelo comunicacional - o *modelo unilinear*. Contextualizando na realidade da saúde brasileira, o autor identifica os problemas comunicacionais das campanhas de educação sanitária e erradicação de certos comportamentos como derivados deste modelo; desde os primórdios da saúde pública brasileira até hoje, este continua sendo o principal paradigma das práticas de comunicação. Os discursos ainda muito presentes na saúde pública, de disseminar informações, garantir para a população acesso à informação, se mantêm, diz o autor:

...a persistência de um 'núcleo fundamental' do modelo 'unilinear', em busca de causar um comportamento (a proposta de um 'diálogo' não consegue disfarçar a 'unilinearidade' implícita na proposta de "decodificação retórica" - do 'técnico' ao 'popular' -, sugerindo que a 'Consciência Sanitária' corresponda, de fato, a um comportamento pré-definido pelos 'técnicos'). (p. 22)

No campo específico da saúde, nas últimas quatro décadas a partir de questionamentos críticos, a hegemonia do modelo unilinear perde espaço para abordagens alternativas condensadas por Teixeira (1997) em dois modelos, o "dialógico" e o "estrutural". Por guardarem em comum uma oposição radical ao primeiro modelo são focos de tensionamento no campo da comunicação em saúde e buscam instrumentalizar outros tipos de práticas, mas antes disso, correspondem a outras tradições filosóficas e outros modos de valoração que não se hegemonizaram. A expressão do pensamento crítico desencadeado por Paulo Freire, diz o autor, denuncia a "invasão cultural" e propõe a "ação cultural dialógica", que não transforme o homem em quase "coisa". Esta consciência de que a comunicação acontece entre dois sujeitos ativos recebe o nome de *modelo dialógico*. A escolha por este esquema se justifica mais por uma intenção ética, conquanto haja um "inegociável"

no campo da saúde que incide no fato dos usuários "usarem" os serviços e que eles "consomem" suas tecnologias, o importante desse modelo é atentar para a expressão de "potências" sempre dadas nas situações relacionais humanas. Mesmo que se possa incorrer em algum tipo de maniqueísmo a partir do fervor político este modelo não deixa de evidenciar uma condução de regimes discursivos para formas "encadeadas e argumentativas" de reflexão, o que por sua vez, representa um caráter politicamente superior da comunicação.

Outra vertente crítica da comunicação pode-se generalizar sob o nome de *modelo estrutural*, incluindo abordagens bastante diversas que mantêm em comum questionamentos aos dois modelos anteriores. Fundamentalmente, questiona-se o caráter de participação dos sujeitos nas trocas comunicacionais já que o sentido é dado sempre *a posteriori*. E, sendo o sentido a grande questão dos modelos estruturalistas, interessa mais o "sistema de operações", o meio ambiente, os intermediários, a ecologia cognitiva. Neste esquema, diz Teixeira (1997): *emissores e receptores são vistos - pelo menos por referência ao processo de produção de sentidos - principalmente como "objetos" de uma rede de relações e trocas "estruturada"*. (p. 30)

O quarto modelo sistematizado pelo autor diz respeito a uma proposição de um modelo estrutural fecundado pela hermenêutica, o *modelo diagramático*. Este modelo recusa as imagens de "comunicação interpessoal" para pensar processos de "comunicação coletiva" da mesma forma que o modelo estrutural, mas com a influência de Michel Foucault, Gilles Deleuze, Félix Guattari, Michel Serres e Pierre Levy, a proposta deste é que o sentido da comunicação e suas práticas seja a própria rede ativada, o contexto, hipertexto. Não se trata aqui de um fluxo de mensagens, mas a imagem de um diagrama onde todos participam e apenas tomam de "empréstimo" objetos e práticas do mundo para se comunicar e que, em se tratando de serviços de saúde o contexto acaba sendo ele próprio, um "meio de se satisfazer necessidades". Neste modelo a participação é fundamental para haver uma "inteligência comum", *se há um 'diagrama', ele está entregue à deformação e ao esgarçamento, às metamorfoses e aos movimentos vitais com todos os seus riscos, mas que não é a aleatoriedade, não é sem conhecer as necessidades, é ampliação das chances de vôo e plasticidade para o modelo*. (p. 37)

Agora, voltando ao nosso estudo da Intersetorialidade no caso da Viamaria, o que as pistas encontradas sugeriram até aqui apontam para **construções de caso coletivas**. Elaboraões diagnósticas e prognósticas que só tiveram resultado satisfatório quando todos se escutaram e puderam sair de uma comunicação unilinear como, por exemplo, a do Ministério Público exigindo

avaliações psiquiátricas para o CAPS II, para efetivamente dialogar e acordar procedimentos na condução de suas ações.

E, para enriquecer esta peregrinação cartográfica, para além dos livros e artigos publicados, foram coletadas, de acordo com o projeto de pesquisa, algumas narrativas que pudessem colaborar com dados atuais e bem próximos da realidade da nossa usuária intersetorial. Foram realizadas duas entrevistas com profissionais que acompanharam o caso da Viamaria e sua família. A Augusta assistente social que acompanhou este caso no ano de 2010, conta de quando a Saúde Mental e a Assistência Social se comunicam para evitar que fossem enganados pelo marido de Viamaria quanto à situação da família. E, ao conversar com a Sabrina, terapeuta do CAPS II, sobre o caso da Viamaria ouço ela falar em **escuta**: premissa básica de uma comunicação dialógica, pois do contrário seria pensar a comunicação com esta usuária e com as equipes de cuidado dela de modo linear, aonde só viriam falas vindas de um lado das relações estabelecidas. Sem escuta por parte dos seus cuidadores restaria à Viamaria a permanência de sua invisibilidade, a incompreensão de sua psicopatologia e de seu modo de viver a vida, o assujeitamento do receptor da comunicação, ou seja, manteria-se estagnado o que ela veio buscar nos serviços - mudanças ou alívio para melhor viver. Também, se não houvesse escuta entre os trabalhadores dos diversos serviços envolvidos na proposta de ações intersetoriais, ficaria difícil de efetivar uma democracia viva nestas ações conjuntas:

Sabrina: A Viamaria tinha um movimento de estar procurando o Serviço social e o CAPS somente no momento em que ela era agredida pelo esposo. Ela procurava como um refúgio, pedindo ajuda pra isso: "Meu marido me bateu, me botou pra fora de casa", muitas vezes acompanhada da filha. Pedia essa ajuda nos dois espaços. No começo, esses dois espaços, não conseguiam corresponder ao pedido dela. O CAPS, por sua vez, montava um plano terapêutico pra Viamaria, que não era o que ela estava pedindo. Ela só estava pedindo para ser escutada. E lá no serviço social, também, ela pedia um lugar de proteção e o que eles falavam pra ela era da questão da denúncia, da lei, da Maria da Penha, que devia procurar isso.

Augusta: Quando realmente assistência social e saúde mental pegaram junto, discutiram junto esse caso em reuniões de equipe - o Cássio parou de atuar. Atuou sim, vai continuar atuando, mas não com esses dois setores.

Observou-se, com estas entrevistas, um caráter geral de *conexão* ao invés de conjugação nessas relações entre serviços, nas quais prepondera o *diálogo* entre os atores sociais elencados

neste encontro. Entretanto, a Augusta referencia uma importância maior à participação da saúde mental no acompanhamento do caso:

Augusta: Nesse caso o que teve muita importância e relevância foi a saúde mental, o CAPS. Porque é ele que lida com essas questões do emocional, não é nós. Nós até ouvimos, lidamos, mas trabalhar quem tem propriedade é a saúde mental, não é nós.

A Augusta em seu discurso destoa um pouco das deliberações da IV CNSM intersetorial, que conforme dito anteriormente, buscava *garantir a estratégia intersetorial da atenção psicossocial como ordenadora da Rede, com o estabelecimento do planejamento e gestão centrados em módulos territoriais intersetoriais.* (p. 23)

As reuniões no CAPS com o pessoal da assistência social, da coordenadoria da mulher e outros setores públicos proporcionou um acolhimento-diálogo, como referencia Teixeira (2003), no qual o caso da Viamaria é acolhido e construído pelas diversas equipes de modo coletivo, intersetorialmente:

Sabrina: E quando a gente consegue conversar, os dois serviços, sobre isso, quando a assistente social consegue com o Caps articular o veredicto de que vamos respeitar a Viamaria, vamos orientar a Viamaria, como ela pode reivindicar os seus direitos e como ela pode se proteger. Eu acho que ela se sentia mais acolhida. E aí a gente começa a fazer essa busca juntos, o que antes não acontecia.

Outro analisador coletado nas conversas com as pessoas entrevistadas foi sobre a sintomatologia do Cássio, classificada como dependência química pelos principais manuais de psicopatologia (DSM IV e CID 10), cujas percepções mostraram algumas diferenças significativas. Elas aparecem com resquícios de julgamentos morais, o que pode se compreender bem no nosso país de recente processo de democratização (e também além dele, em muitas terras e temporalidades diferentes). As avaliações feitas pelos trabalhadores não devem configurar julgamento moral, ainda que avaliações psiquiátricas historicamente tragam muito dessa vertente em seu bojo:

Augusta: O Cássio: mais um agravante - comportamento dele (dependência química) era banalizado, acolhiam (os companheiros) de uma forma equivocada. Trazia atestados de internação da Viamaria para ficar em casa.

Sabrina: E aí vem todo o preconceito com o Cássio por ser usuário de drogas. Acho que tem um preconceito que vem dos serviços 'Ah, o cara é um sem-vergonha, um usuário, então tem que ficar longe desse cara - vamos salvar a Viamaria separando ela do Cássio'. Não precisa existir o

Cássio porque se a Viamaria encontrar outras coisas na vida dela ela vai ter o mesmo, né, o mesmo jeito de viver, de se relacionar com as pessoas. Não é tirando o Cássio da história, de mais de trinta anos de casamento.

E, ainda, seguindo a conversa com a Sabrina fica claro um hiato entre a punição e a possibilidade de não denunciar o Cássio às penas da Lei Maria da Penha de 2006 (Lei nº 11.340). A lei é inflexível por definição, mas poderia haver um espaço de negociação **entre os serviços** anterior à aplicação de penalidades. A ausência deste espaço implica em uma outra dimensão do dilema da Viamaria e uma manutenção do sintoma dela, que na construção do caso pela Sabrina, diz de um emudecimento: *quando ela se sente ameaçada pelo marido ela se cala, porque ela sabe que vai sofrer uma pressão de dois lugares em que ela tem que denunciar, 'tem que ser preso, ele não pode fazer isso com ela', e ela se cala.* Conforme conversamos na entrevista, ao que nos parece, se não fosse um caso criado pelos serviços públicos, a primeira ação judicial seria uma tentativa de conciliação, de mediação entre o casal. No entanto, o que o caso da Viamaria e outros tantos que aparecem no cotidiano destes serviços nos mostram é uma realidade dura marcada pela normatividade, pela burocracia e pela comodidade dos encaminhamentos comuns que ditam soluções práticas para problemas complexos. Seria interessante ao caso inventar outras possibilidades de desfecho ao problema apontado pela própria Viamaria, as agressões do marido, sem precisar (ou antes de) cair nas malhas da lei. Para tal, o exercício da inventividade teria de ser potencializado na conexão dos serviços implicados com o caso, construindo coletivamente um campo de possíveis entre os diferentes ideais e as diferentes percepções da realidade - acontecimentalizando assim ações intersetoriais e uma busca coletiva pela integralidade.

(Re)considerações finais

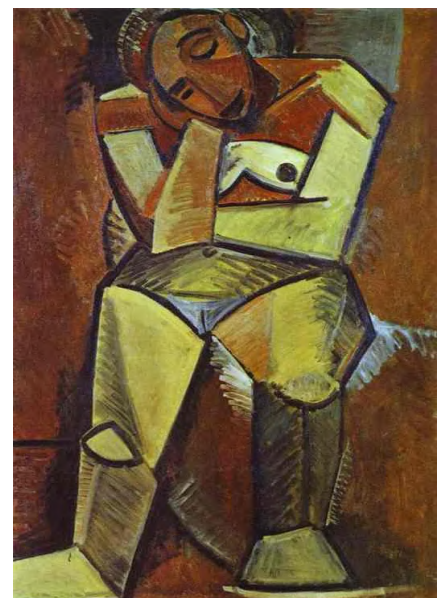
Ao invés de uma perspectiva, uma ótica, nos parece melhor obter um **crystal** que nos ajude a pensar semioticamente, interessaria mais uma perspectiva ampliada que possibilitasse uma comunicação com vistas ao Sistema, à Rede, ao Coletivo, ao Hipertexto social. O caso da Viamaria construído em Viamão pelas equipes de saúde, assistência social e justiça, mas principalmente por mim e meus parceiros de viagem nesta cartografia, serviu para evidenciar algumas dificuldades, entraves, facilidades, encaixes e descontinuidades das políticas públicas em ato. Como acontece a intersetorialidade ainda é coisa d'outro mundo, envolta ainda sob aura de novidade, de prescrição,

mas parece tender, com o passar do tempo, a ser melhor compreendida pelos atores políticos engajados nos serviços estatais em geral quanto ao seu potencial.

No percurso desta cartografia atrás de interlocuções, as dificuldades de acesso aos atores sociais que trabalham no Ministério Público evidenciaram um entrave à intersetorialidade entre este e os outros serviços públicos. Caberia em outro momento um estudo aprofundado sobre esta questão, um bom problema para pesquisar.

Constatou-se também que o papel da saúde mental parece estar ainda muito presente como *ordenador da rede*, conforme previsto na portaria que define as diretrizes dos serviços de atenção psicossocial (portaria 336/03 constar na Referência) e na IV Conferência de saúde mental intersetorial, implicando que a construção do caso seja efetivamente intersetorial. Poderíamos inferir uma "missão" que a saúde mental possui, enquanto política pública, de *seduzir* os demais setores envolvidos em seus casos: assistência social, habitação, transporte, esporte, lazer, etc. Com um certo receio à institucionalização da intersetorialidade, seria uma sedução com vistas, não à conjugação, ao casamento, mas a um "namoro", um enamoramento que possa conectar as partes importantes de cada caso com vistas à integralidade de suas ações.

Caberia, assim, à saúde mental construir os seus casos com mais parceiros, abrir condições de coletivizar o processo criativo, possibilitando que os casos que aparecem diariamente nos serviços públicos sejam mais intersetoriais e menos prejudicados pelas segmentaridades que insistem em recortar a política, a cidadania, a democracia, e o pior, as pessoas.



Referências Bibliográficas:

Altoé, S. (Org.). (2004). *René Lourau: Analista institucional em tempo integral*. São Paulo, SP: HUCITEC;

Baremlitt, G. (2002) *Compêndio de análise institucional e outras correntes : teoria e práticas*, 5ª ed., Belo Horizonte, MG: Edição Instituto Félix Guattari;

Bourguignon, J. A. (2001) *Concepção de rede intersetorial*; Recuperado em 15 de agosto, 2011, em <http://www.uepg.br/nupes/intersetor.htm>;

BRASIL. Ministério da Saúde. *Legislação em Saúde Mental 1990-2002*. Ministério da Saúde. Brasília, 2002.

Castel, R. (2010) *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. 9ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes;

Del Pozzo, O. (2010) *Ação intersetorial, uma solução?*. Recuperado em 15 de agosto, 2011, em <http://portaldoenvelhecimento.org.br/noticias/artigos/acao-intersetorial-uma-solucao.html>;

Deleuze, G., Guattari F. (2007) *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*, vol. 3. São Paulo, SP: Editora 34;

Delgado, G. G. D., Couto, M. C. V. (2010) Intersetorialidade: uma exigência da clínica com crianças na Atenção Psicossocial. In. *Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS: contribuições para uma prática responsável*. Organizadores: Edith Lauridsen-Ribeiro & Oswaldo Yoshimi Tanaka. São Paulo, Sp: Editora Hucitec;

Fagundes, S. M. S.(2006). *Águas da pedagogia da implicação: intercessões da educação para as políticas públicas de saúde*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Grupo Temático de Educação em Saúde), Porto Alegre, RS, Brasil;

Galeano, E. (1978) *As veias abertas da América Latina*. 5. ed. Rio de Janeiro : Paz e Terra;

Guattari, F. (1992). *Caosmose – um novo paradigma estético*. (A. L. Oliveira & L. C. Leão, Trad.). Rio de Janeiro, RJ: Editora 34;

- Guattari, F. (2005) *Micropolítica: cartografias do desejo*. 8ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes;
- Mehry, E. E. (2009) Enfrentar a lógica do processo de trabalho em saúde: um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo em ato, no cuidado. In. *Conexões: saúde coletiva e políticas de subjetividade*. Org. Sérgio Resende Carvalho, Maria Elisabeth Barros, Sabrina Ferigato. São Paulo, SP: Hucitec;
- M. J. Pordeus, M. N. O. FragaI, T. P. P. FacóI, (2003) Ações de prevenção dos acidentes e violências em crianças e adolescentes, desenvolvidas pelo setor público de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil; In. *Cadernos de Saúde Pública* (volume 19, número 4, p. 1201-1204). Rio de Janeiro, RJ: Fundação Oswaldo Cruz;
- Moysés, S.J.; Moysés, S.T. e Krempel, M.C. (2004). Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. *Revista Ciência e saúde coletiva.*, v.9, n° 3. p.627-641;
- Passos, E.; Kastrup, V.; Escóssia L. (2010) *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre, RS: Sulina;
- Rolnik, S. (2006) *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. Porto Alegre, RS: Editora da Universidade/UFRGS: Sulina;
- Santos, M. (2004) *Intersetorialidade - conceito*; texto retirado da Rede Unida; Recuperado em 17 de agosto, 2011, em www.redeunida.com.br;
- Souza, E. L. A. (2000) (A vida entre parênteses) - o caso clínico como ficção. *Revista Psicologia Clínica*. Vol. 12, nº1: Porto Alegre, RS;
- Teixeira, R. R. (1997) Modelos comunicacionais e práticas de saúde. In. *Interface - comunicação, saúde, educação*. Núcleo de comunicação da Fundação UNI, v. 1, n. 1, Botucatu, SP: Fundação UNI;
- Teixeira, R. R. (2003) O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações; In. *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde*. Org. Roseni Pinheiro e Rubem Araujo de Mattos. Rio de Janeiro, RJ: UERJ, IMS, ABRASCO;
- Terragno, T. (2007) *Uma coreografia do cuidar na saúde mental: dança, bergamota e desejo de criação*. Monografia apresentada ao Ministério da Saúde, Convênio com a Fundação Universidade-Empresa de Tecnologia e Ciências, como requisito parcial à conclusão do Programa

de Aperfeiçoamento Especializado em Saúde Mental realizado sob a forma de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental. Porto Alegre, RS, Brasil;

Zambenedetti, G. (2008) *Configurações de rede na interface saúde mental e saúde pública – Uma análise a partir das Conferências Nacionais de Saúde e Saúde Mental*. Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Social e Institucional. Programa de Pós Graduação em Psicologia Social e Institucional. Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil;

Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial*, 27 de junho a 01 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010;

Woman Seated (1908). Pintura em óleo de Pablo Picasso . The Hermitage, St. Petersburg, Imagem recuperada em www.famous-painters.org.