UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

*Encontros e desencontros entre trabalhadores e
usuários na Saúde em transformação:
um ensaio cartográfico do acolhimento*

Silvia Matumoto

Ribeirão Preto

2003

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

*Encontros e desencontros entre trabalhadores e
usuários na Saúde em transformação:
um ensaio cartográfico do acolhimento*

Silvia Matumoto

Ribeirão Preto

2003

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

*Encontros e desencontros entre trabalhadores e
usuários na Saúde em transformação:
um ensaio cartográfico do acolhimento*

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública do Departamento Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de doutor.

Linha de pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de saúde.

Aluna: Silvia Matumoto

Orientadora: Prof^a Dr^a Silvana Martins Mishima

Ribeirão Preto

2003

FICHA CATALOGRÁFICA

Matumoto, Silvia

Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na Saúde em transformação: um ensaio cartográfico do acolhimento. Ribeirão Preto, 2003.

186 p. : il. ; 30cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientadora: Mishima, Silvana Martins.

1. Acolhimento. 2. Trabalho em equipe. 3. Cartografia. 4. Saúde da Família. 5. Organização de serviços de atenção primária.

Data da defesa: ____/____/____

Banca Examinadora

Profa. Dra. Silvana Martins Mishima

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. Maria Cecília Puntel de Almeida

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. Emerson Elias Merhy

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. Marina Peduzzi

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Jorge Antonio Nunes Bichuetti

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

À equipe do Centro de Saúde Escola da Vila Tibério,
dedico esta produção coletiva e agradeço a confiança depositada em nós,
ao aceitarem a proposta de trabalho conjunto, pela coragem de embarcar
conosco nessa viagem cheia de surpresas.

Aos trabalhadores de saúde,
que porventura queiram embarcar em suas próprias viagens em busca do
novo na Saúde.

À aqueles que um dia queiram vir a ser trabalhadores de saúde,
dedico este ensaio cartográfico do pensar, sentir e agir na produção do
acolhimento do usuário na saúde como uma aproximação à temática.

Agradecimentos

À minha mãe, pela postura forte e positiva frente aos percalços da vida, me incentivando a prosseguir o meu caminho, pacientemente cuidando de mim enquanto me dedico à produção desta tese.

Ao Sabiá, com quem tenho aprendido muitas formas de amar. Agradeço as diferenças que nos mantém unidos e pelas oportunidades de aprender a conviver com coisas novas, instigantes e do mundo simbólico. Por ensinar-me a desenvolver o espírito da curiosidade e a permitir-me usufruir dos prazeres da vida. Agradeço o acolhimento das minhas ansiedades, intolerâncias e ausências, durante o período de produção desta tese. Agradeço o apoio técnico na clarificação das idéias, sugestões criativas, a revisão final do texto e os seus poemas. Agradeço o cuidado conosco em todas as viagens que fizemos, especialmente à Uberaba e à Campinas.

À Cinira, a quem quero expressar agradecimentos, mas para os quais não encontro palavras. As marcas que ficaram em mim de nossa convivência me impõe transformações. Agradeço a oportunidade de convivência e aprendizado do viver em grupo e do viver a vida, com sua alegria e entusiasmo de uma criança que vibra intensamente cada momento. Obrigada Cinira!

À Silvana, amiga e companheira, desde os tempos da graduação. Agradeço o apoio e o incentivo para trilhar por esses caminhos do conhecimento, orientando-me no mestrado e agora no doutorado.

Agradeço a paciência e disponibilidade para escuta das idéias inicialmente muito confusas, das dúvidas teórico-práticas, mas principalmente das ansiedades, inseguranças e medos. Agradeço à professora, que como mãe suficientemente boa me ajuda a superar os obstáculos de acordo com os meus limites.

Agradeço o seu dom de ensinar carinho, atenção, respeito, humildade, coragem, firmeza e reconhecimento.

Agradeço o acolhimento da proposta de produção das duas teses, de Cinira e a minha, na mesma investigação, e um referencial ainda pouco conhecido na enfermagem, assumindo em seu corpo viver algo novo, inusitado, assumindo o risco conosco.

Ao Jorge, amigo, companheiro paternal, agradeço o apoio técnico, teórico, prático, e emocional nas supervisões da intervenção institucional. Sua presença tornou-se essencial para viabilizar a produção desta tese, mas principalmente para nossa formação, nos encorajando, incentivando, acreditando em nós muito mais que nós próprias. Com afeto, delicadeza, objetividade e clareza foi nos ajudando a desvendar o campo nublado do trabalho com as equipes e a perceber os nossos pontos de cegueira, nossa onipotência, desejo de reconhecimento, medo do resultado e da finalização desta etapa da viagem.

Ao Prof. Emerson que tem nos orientado através de sua produção teórica, suas assessorias e especialmente na apreciação de nosso projeto de pesquisa e da tese propriamente dita. Suas análises e sugestões, sempre instigantes, provocadoras e esclarecedoras tem contribuído para a nossa formação no campo da saúde coletiva e para a construção de conhecimentos. Obrigada.

À Profa. Cecília Puntel, pela contribuição na discussão do projeto de pesquisa no NUPESCO e na pré-banca, com sugestões surpreendentes que me levaram a importantes reflexões.

À Profa. Marina Peduzzi agradeço sua participação na banca examinadora e a confiança depositada em nós e na nossa produção.

Às Profas. Leda e Toyoko pelas importantes sugestões, orientações e atenção no exame de qualificação para encaminhamento do projeto.

À Trude, agradeço a oportunidade de conviver e compartilhar tão rica produção nesse re-encontro. Agradeço os ensinamentos de confiança, solidariedade, disponibilidade de arriscar, desprendimento das certezas e persistência na luta por um projeto assistencial mais digno, sempre disposta a viver o novo, se implicar e transformar-se.

Aos trabalhadores do CSE Vila Tibério, Lourdes, Fofa, Marisa, Marta, Jô, Neusa, Helena, Eliana, Ercilene, Gilda, Pedro, Ieda, Bete, Maria Luisa, Trude, Adriana, Laura, Amauri, Cesário, Eleonora, agradeço a disponibilidade de compartilhar esse caminho do aprender, ensinar e produzir conhecimentos. Agradeço a participação de todos, sem a qual não teríamos esse resultado. Você me possibilitaram ver e re-ver aspectos do trabalho em saúde e do trabalho em equipe, que deixam marcas e impõem transformações.

À Vera e à Susana agradeço a continuidade na formação nesse mundo dos grupos, dinâmica grupal e coordenação de grupos. Muito obrigada pela disponibilidade de nos supervisionar nos diversos trabalhos que temos desenvolvido. Vocês pertencem ao meu mundo interno e me acompanham em todas essas jornadas práticas e teóricas, com a agudeza e assertividade de suas intervenções.

À meu irmão e irmãs, Marcos, Sonia e Sandra, que na distância acompanharam meu percurso. Agradeço a compreensão especialmente das ausências nos espaços familiares.

À meus cunhados, cunhada, sobrinhos e sobrinha, Wiliam, Sérgio, Fátima, Rafael, Rodrigo e Yuri. Obrigada por aceitarem as minhas opções e compreenderem meus limites de não ter conseguido dar-lhes a atenção que merecem durante esse tempo que priorizei a finalização desta tese.

À Dona Neusa, que acompanha à distância a produção desta tese. Agradeço a compreensão pelas minhas ausências e pelo “roubo” do Sabiá para me ajudar.

Ao Célio, Isadora e Heloisa, agradeço o compartilhar da atenção de Silvana e do espaço de sua casa onde vivi momentos de muito aprendizado e alegria.

Ao Carlos agradeço a paciência e a tolerância do compartilhar Cinira comigo para a realização desta e de outras produções. Agradeço o companheirismo nas aventuras de férias, morro acima e morro abaixo, pelos lados das Minas Gerais. Sua ajuda foi essencial.

À Angela Serafim, amiga inestimável de todas as horas, obrigada pelo carinho e confiança que sempre depositou em mim e pela franqueza com que expressa seus sentimentos. Você é muito importante para mim.

À Zezé Bistafa, amiga e companheira de muitas frentes, ora mais próxima, ora mais distante, mas sempre presente. Agradeço os encontros e desencontros e a coragem de enfrentar os obstáculos, que tanto tem me ensinado sobre mim e sobre a vida.

Ao Paulo, amigo que nos alimenta com seu carinho e sua tranquilidade, contrapondo às ansiedades deste percurso, cuidando de nós com suas energias positivas.

Ao Nélcio, companheiro cartógrafo das aventuras com as equipes de saúde da família do Heitor Rigon e na SMS. Obrigada pela confiança, cooperação nos trabalhos conjuntos. Obrigado por sua poesia, que nos alivia e revitaliza para prosseguirmos.

À Silvio, amigo e companheiro de muitos anos de CSE, ao lado de Trude, acompanha nossa trajetória e torce pelo nosso sucesso. Obrigada.

Ao Pierre, pela atenção carinhosa ao cuidar de nos incluir na agenda de Jorge e cuidar de nós a cada vez que precisamos e que vamos à Uberaba. Obrigada.

À equipe do NSF V, que tem nos ajudado a conhecer um pouco mais acerca das práticas em saúde e os percalços das relações entre trabalhadores no cotidiano.

Aos trabalhadores das diversas equipes que acompanhamos em supervisão. Um obrigado especial à equipe da Vigilância epidemiológica, à equipe do Heitor Rigon, à equipe do NSF I, à equipe do GAAS da SMS. Agradeço as oportunidades que nos deram para vivenciar experiências tão ricas de aprendizados, emoções e afetos.

Aos trabalhadores do CSE, companheiros de trabalho de tantos anos, com quem tenho aprendido ser trabalhadora de saúde, enfermeira.

Aos colegas do CSE, Sonia Camila, Luzia Márcia, Angela Serafim, Maria do Carmo, Fernando Silveira e muitos outros, agradeço o incentivo para prosseguir os estudos de pós-graduação.

À Ivana, na coordenação de enfermagem do CSE Sumarezinho, pela compreensão e tolerância pelas ausências temporárias e incentivo no desenvolvimento de novas práticas de saúde.

Aos companheiros e companheiras do Projeto Ethos da SMS que tem compartilhado conosco o desafio de arriscar novas experiências na saúde.

Ao pessoal do Departamento MISP, Olânia, Augusto, Andréia, Adriana, pelo apoio que vocês dão à nós alunos.

À Luciane, bolsista da Profa. Silvana, agradeço o apoio técnico.

À Gracinha, pelo carinho, presteza e profissionalismo com que encarou a tarefa de transcrever horas e horas de gravação das reuniões com a equipe.

À Bernadete Malerbo, agradeço a atenção e o rigor na correção das referências bibliográficas.

Ao Professor Juan agradeço a ajuda para a produção da capa, abrindo as portas de sua sala para fotografarmos seu quadro e pelo texto explicativo.

À todo pessoal da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto -USP agradeço a dedicação e o cuidado para que seja possível nossa formação.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo pela ajuda financeira para concretização desta pesquisa.

Agradeço à todos aqueles que não nomeiei e que tenho cruzado e composto essa complexa rede de relações sociais, afetivas, políticas, ideológicas, técnicas do trabalho em saúde e da vida.

Um agradecimento especial a todos os usuários que atendi em minha vida de enfermeira e que tanto me ensinam sobre o ofício.

E outro agradecimento especial para todos os trabalhadores de saúde que me atenderam quando, como paciente nos infortúnios de saúde, senti na pele o outro lado do trabalho em saúde. Aprendizado essencial para o repensar as práticas de saúde.

SUMÁRIO

Resumo

Abstract

Resumen

Apresentação	i
Os bastidores do projeto: no começo, o caos	01
O que é uma cartografia	02
Os bastidores do projeto 2: as coisas não começam do nada, vivemos um processo histórico	04
Os bastidores do projeto3: a esquizoanálise, a saúde e o método esquizoanalítico	20
O PSF e a sociedade mundial de controle	25
A grupalidade e a relação trabalhador-usuário. A equipe e a população usuária	32
A micropolítica da relação trabalhador-usuário na saúde. Os corpos se afetam	41
Planejando a viagem pelo CSE Vila Tibério	51
Olhando para uma fotografia do CSE Vila Tibério: apresentando o local e o processo da pesquisa	52
A viagem pelo CSE Vila Tibério	55
O começo da viagem: como nos surge a demanda	59
Abrindo janelas para olhar a paisagem	66
Como exploramos o material para a análise	70
A entrada	73
As várias portas de entrada da unidade	74
Quando o usuário bate à porta	76

A agenda. Está marcado?	89
A fila. Aguarde na ordem	92
Um fechamento para a entrada que permanece aberta	113
Os trabalhadores vão às casas dos usuários	114
As discussões de caso das famílias. <i>“A arte consiste em fazer os outros sentir o que nós sentimos”</i>	128
Cena 1 - Colorindo rapidamente as famílias	129
Cena 2 - Um olhar um pouco mais atento. Expressando algumas dificuldades	138
Cena 3 - A construção da grupalidade da equipe e o enfrentamento das dificuldades na produção do cuidado	143
Cena 4 - Sob o impacto da carta dos residentes	147
A parada revelando o modo de funcionamento escola	157
Algumas considerações finais: a viagem nunca termina. Há sempre novas paisagens a explorar	166
ANEXO A: Termo de consentimento livre e esclarecido	174
ANEXO B: Autorização do Comitê de Ética em Pesquisas	175
ANEXO C: A visão do mundo	176
Referências bibliográficas	178

RESUMO

MATUMOTO, S. **Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na Saúde em transformação: um ensaio cartográfico do acolhimento**. 2003. 186f. Tese (Doutorado). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Este trabalho é uma produção cartográfica da experiência de análise produzida com a equipe de trabalhadores de uma unidade básica de saúde, na perspectiva da produção do acolhimento, buscando destacar as perdas de sentido que capturam a produção do cuidado e os movimentos que apontam para novas formas de acolher o usuário, e, apostando na tese de que é possível explorar linhas de fuga para produzir vida na saúde. Contextualizamos a experiência no processo sócio-histórico da saúde que conforma modelos assistenciais segundo um recorte interessado da realidade, utilizando o referencial teórico metodológico da análise institucional, linha esquizoanalítica (Deleuze & Guattari), e do processo de trabalho em saúde (Merhy), destacando três aspectos intrinsecamente relacionados: a configuração de uma nova ordem, a da sociedade mundial de controle (Deleuze), promovendo um controle contínuo, instantâneo, em espaço aberto, através de senhas de acesso, e o perigo desta lógica dar a tônica a práticas como as de Saúde da Família; o desafio da construção de uma grupalidade a partir da constituição de uma equipe de trabalhadores, frente aos intensos processos de produção de subjetividade, à lida com a diversidade e complexidade da demanda de problemas dos usuários, às dificuldades da reconstituição dos saberes e práticas que já não dão conta de responder aos problemas, aos obstáculos da inclusão das diferenças explicitadas nas relações entre trabalhadores, e desses com os usuários; enfim, a micropolítica da relação trabalhador-usuário comandada por investimentos de interesse e desejo, conscientes e inconscientes e o modo como reproduzimos ou não a subjetividade dominante no processo de trabalho em saúde com todo seu arsenal tecnológico próprio. Na ambigüidade do desejo de saber e do medo de se ver, em meio as dores e sofrimentos de usuários e trabalhadores, a equipe foi se percebendo produzindo a exclusão dos usuários camuflada por critérios técnicos, clínicos, burocráticos e administrativos. Vivenciou as dificuldades de superar os obstáculos a despeito das ressonâncias e implicações que as dores e problemas dos usuários causam nos próprios trabalhadores, os conflitos que emergem nas relações entre os trabalhadores para a resolução dos problemas, sem conseguir ser efetiva em afastar-se de suas próprias dificuldades para olhar para o usuário. A análise revelou o funcionamento da equipe como o de uma escola, que fecha no período de férias, mas mantendo atividades mínimas sem conseguir, entretanto, estruturar o trabalho de forma que contemple o descanso do trabalhador e as necessidades dos usuários. À medida que a grupalidade vai ganhando consistência, apesar das crises e conflitos, é possível arriscar na explicitação do não-saber, buscar cooperação mútua para produção de cuidado com o outro e para a lida com os afetos inerentes ao encontro com este outro. Alguns elementos mostraram-se provocadores da ordem instituída com potência para criação do novo, como a presença dos agentes comunitários na equipe, as discussões de casos de famílias para a construção de projetos terapêuticos mais implicados e a mudança do *locus* de trabalho da unidade de saúde para o domicílio como possibilidade de mudança nas relações de poder entre trabalhador e usuários.

Palavras-chave: Acolhimento, trabalho em equipe, cartografia, Saúde da Família, organização de serviços de atenção primária.

ABSTRACT

MATUMOTO, S. **Encounters and divergency between workers and users in the Health in transformation: a cartographic rehearsal of the welcoming reception.** 2003. 186f. Tese (Doutorado). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

This work is a cartographic production as to analysis experience produced with the professional team at a basic health care unit, in terms of the welcoming reception, focusing on sense losses that capture care production and motion focusing on new ways for attending users as well as advocating the idea that it is possible to explore escape lines for producing life in health. We contextualize experience within health social-historic process that presents assistance models according to a point-of-view based on reality, using the methodological theoretical reference of institutional analysis, schizoanalytical line (Deleuze & Guattari), and health work process (Merhy), focusing on three intrinsically related aspects: (1) configuration of a new order - the world control society (Deleuze), providing continuous, immediate, and open control through access passwords, and how dangerous it is for such logic to replace Family Health practice; (2) team building challenge through professional team constitution, facing subjectivity intense production process, diversity and complexity as to user problem demand, reconstruction of knowledge and practice that are no longer able to solve such problems, barriers to inclusion of differences regarding professional-professional relationship and professional-user relationship; (3) finally, professional-user relationship micropolicy regulated by conscious and unconscious, interest and wish investment and the way we reproduce or not dominant subjectivity at the working process in health care with its own technological devices. Upon ambiguity as to wish for knowledge and fear of seeing, among user and professional pain and suffering, the team started excluding users through technical, clinical, bureaucratic, and administrative criteria. It has experienced how difficult it is to overcome barriers as to resonance and implication user pain and problem bring to professionals, conflict deriving from professionals trying to solve problems, being unable to get away from their own problems in order to face users problems. The analysis has found that team works as a school closing for vacation and keeping minimum activities at the same time; however, it cannot structure work in a way that professionals can have some rest and meet users needs. As team gets consistency, in spite of crises and conflicts, it is possible to present not-knowing explication, and search for mutual cooperation for care production and inherent affection. Some elements are presented as regular order breakers for new creation, such as community agents within the team, family case discussion for therapeutical project construction and the working *locus* shift from health care unit to homes as a way to modify power relationship between professional and user. **Key-words:** Welcoming reception, team work, cartography, Family health care, primary attention service organization.

RESUMEN

MATUMOTO, S. **Los encuentros y desencontros entre obreros y usuarios en la Salud en la transformación: un ensayo cartográfico del acogimiento**. 2003. 186f. Tese (Doutorado). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Este trabajo es una producción cartográfica de la experiencia de la análisis producida con el equipo de trabajadores de una unida básica de salud, ella perspectiva del acogimiento, buscando destacar las pérdidas del sentido que computaron la producción de cuidado y los movimientos que apuntan para nuevas formas de acoger el usuario, y, apostando en la tesis de que es posible explorar líneas de fuga para producir vida en la salud. Contextualizamos la experiencia en el proceso socio-histórico de la salud que confirma modelos asistenciales segundo un recorte interesado en la realidad, utilizando el referencial teórico metodológico de análisis institucional, línea esquizoanalítica (Deleuze & Guattari), y del proceso de trabajo en salud (Merhy), destacando tres aspectos intrínsecamente relacionados: la figuración de una nueva orden, la de la sociedad mundial de control (Deleuze), promoviendo un control continuo, instantáneo en espacio abierto, a través de señales de acceso, y el riesgo de esta lógica dar a tónica a las prácticas como las de salud de la familia; el desafío de la construcción de una grupalidad a partir de la constitución de un equipo de trabajadores, frente a los intensos procesos de producción de subjetividad, para la lida con la diversidad y complejidad de demanda de problemas de los usuarios, las dificultades de reconstitución de los saberes y prácticas que ya no dan basto de contestar a los problemas, a los obstáculos de la inclusión de las diferencias, explicitadas en las relaciones entre trabajadores, y de esos con los usuarios; en fin, la micropolítica de la relación trabajador-usuario comandada por investimentos de intereses y deseos, conscientes e inconscientes y la forma como reproducimos o no la subjetividad dominante en el proceso de trabajo, en salud con todo su arsenal tecnológico propio. En la ambigüedad del deseo del saber y del miedo de verla, en medio a los dolores y sufrimientos de usuarios y trabajadores, el equipo se fue notando produciendo la exclusión de los usuarios camuflada por criterios técnicos, clínicos, burocráticos y administrativos. Se vivenció las dificultades de superar los obstáculos a despecho de las resonancias e implicaciones que los dolores y los problemas de los usuarios causan en los propios trabajadores, los conflictos que sobresalen en las relaciones entre los trabajadores para la solución de los problemas, sin conseguir ser efectivas en alejarse de sus propias dificultades para mirar a los usuarios. La análisis reveló el funcionamiento del equipo como el de una escuela, que cierra en el período de vacaciones, pero mantiene actividades mínimas sin conseguir, sin embargo, estructurar el trabajo de forma que contemple el descanso del trabajador y las necesidades del usuario. A la medida que la grupalidad va ganando consistencia, a pesar de las crisis y conflictos, es posible arriesgar en la explicitación del no-saber, buscar cooperación mutua para producción de cuidado con el otro y para la lida con los afectos inherentes al encuentro con este otro. Algunos elementos se mostraran provocadores del orden instituido con potencia para creación del nuevo, como la presencia de los agentes comunitarios en el equipo, las discusiones de casos de familia para la construcción de proyectos terapéuticos más implicados y el cambio del locus de trabajo de la unidad de salud para el domicilio como posibilidad de cambio en las relaciones de poder entre trabajadores y usuarios.

Palabras-claves: Acogimiento, trabajo en equipo, cartografía, Salud de la familia, organización de servicios de atención primaria.

A

Apresentação

(...) ele confessara que se sentia realmente irritadiço, mas que isto só podia atribuir a uma doença, ela lhe disse que, se estava doente, devia se tratar e exigiu que fosse consultar um médico famoso.

Ele foi. Tudo se passou como previa e como se passa sempre: a longa espera, o ar doutoral tão seu conhecido, pois era o ar que gastava no tribunal, a percussão, a auscultação, as perguntas de praxe, que pediam respostas formuladas de antemão e perfeitamente inúteis, e a importância com que dava a entender: basta que se submeta a nós e tudo resolveremos — sabemos muito bem como se resolvem esses casos, sempre da mesma maneira para qualquer paciente. Exatamente como no tribunal. Assim como representava uma farsa diante dos acusados, o famoso médico representava para ele.

O clínico dizia: isto e aquilo indicam que o senhor tem isto ou aquilo; mas se o exame não confirmar que o senhor tem isto ou aquilo, devemos levantar a hipótese de ter isto ou aquilo. E supondo-se que sofre disto ou daquilo, então... e assim por diante. Ivan Ilitch só se preocupava com uma coisa: o que tinha era grave ou não? O doutor porém, não ligava para a descabida pergunta. Do seu ponto de vista, o capital era decidir entre um rim flutuante, uma bronquite crônica ou uma afecção do ceco. Não estava em pauta a vida de Ivan Ilitch, mas sim decidir pelo rim ou pelo ceco. E o facultativo brilhantemente resolveu, segundo pareceu a Ivan Ilitch, a favor do ceco, ressaltando, porém, que um exame completo de urina poderia fornecer novos subsídios para a possível reconsideração do diagnóstico. Exatamente o que Ivan Ilitch fizera mil vezes, e com o mesmo brilhantismo, em relação a um acusado. De maneira igualmente brilhante, o médico fez a sua conclusão e, triunfante, e até jubilosamente, olhou por cima dos óculos para o acusado. Mas Ivan Ilitch, pela conclusão científica, inferiu que as coisas andavam mal para seu lado, embora isto fosse indiferente para o médico e talvez para todo mundo. E a conclusão chocou-o profundamente, despertando nele um grande sentimento de comiseração por si mesmo e de ódio ao médico, pelo pouco caso com que encarava matéria de tamanha importância. (TOLSTOI, 19-?, p.47-48) (grifo nosso).

(...) A literatura aparece, então, como um empreendimento de saúde: não que o escritor tenha forçosamente uma saúde de ferro (...), mas ele goza de uma frágil saúde irresistível, que provém do fato de ter visto e ouvido coisas demasiado grandes para ele, fortes demais, irrespiráveis, cuja passagem o esgota, dando-lhe contudo devires que uma gorda saúde dominante tornaria impossíveis. (DELEUZE, 1997, p. 13-14).

Tolstoi (19-?) com sua escrita literária, com sua frágil saúde irresistível — saúde que não tolera engolir qualquer tipo de atendimento — nos abre passagem para libertar a vida que se encontra aprisionada pela gorda saúde dominante, o modelo médico hegemônico.

Sob a ressonância dos fragmentos de *A morte de Ivan Ilitch* proponho que o leitor se lembre de quando precisou de um atendimento de saúde, para si próprio ou para alguém próximo, por qualquer razão ou necessidade, em qualquer serviço de saúde, público ou privado.

Qual foi a sensação?

A fragilidade, a insegurança, o medo, a incerteza, — além da dor, do desconforto, da dúvida, é claro —, tomam conta de nós e daqueles que nos acompanham...

O que será que acontece no atendimento de saúde que, apesar do grande avanço tecno-científico e da ampliação do acesso e do direito à saúde assegurado por lei, não se tem conseguido satisfazer as necessidades dos usuários? A produtividade de procedimentos é alta, mas as ações não têm alcançado o impacto positivo esperado no contexto geral de saúde da população e na vida das pessoas.

A análise do que acontece nesse encontro dos atores da saúde tem me instigado tanto da posição de trabalhadora de saúde como da de pesquisadora (MATUMOTO, 1998), pelo que se observa no dia-a-dia, ou seja, um aumento de tensões nos serviços de saúde produzindo algumas situações inaceitáveis.

Usuários e trabalhadores estabelecem relações muitas vezes conflituosas, dando margem a múltiplas reações, ora mais agressivas com insultos e desrespeito, ora com indiferença e descaso, ora com passividade e acomodação, que, põem em questão os elementos definidores da equação de cuidados: os usuários, trabalhadores e estabelecimentos de saúde. (PITTA, 1994, 1996).

Ficamos sob a égide da gorda saúde dominante que pode nos levar a reproduzir modos já instituídos de agir na saúde, pode nos imobilizar, impedindo a produção de saúde e de vida! Configuramos a reprodução e a

anti-produção (BAREMBLITT, 1996), semelhante à produzida por Ivan Illich na prática de juiz de tribunal e por seu médico ao atendê-lo.

No trabalho em saúde e na vida temos também as forças de produção que nos determinam, forças de geração, criação, que estão em constante movimento e interação. São forças que não se deixam capturar por completo pelas normas, regras e processos instituídos de reprodução. Há sempre brechas por onde a luz da vida pode passar, até que alguém as note! Impõe-se em meio à homogeneização a que estamos submetidos. São as fissuras que teimam, que abrem passagem para a frágil saúde irresistível. São as linhas de fuga que viabilizam os movimentos instituintes, de produção do novo. É o devir.

Na produção de cuidados temos o desafio de buscar alternativas para a equação que se forma no encontro de necessidades, interesses e desejos — de usuários, trabalhadores e estabelecimentos de saúde.

Compartilhamos com Merhy (2002) e Campos (1994b) a aposta na produção de relações nesses encontros para a produção de projetos terapêuticos. Acreditamos na existência de dispositivos que possam dar maior dinâmica à produção de cuidados.

E assim foram meus encontros e re-encontros com pessoas, serviços de saúde e de formação, referenciais teóricos, produções coletivas, os quais, através de diferentes aspectos fizeram o papel da cor, do sabor, da luz, do brilho... e me puseram de novo neste caminho de construção e de busca da alegria e da vida.

Um desses encontros-re-encontros abriu a oportunidade de experienciar um mergulho para análise da relação trabalhador-usuário, na perspectiva do acolhimento, do direito à saúde e de respeito à vida. Um emaranhado de fluxos, intensidades, interesses, necessidades possibilitaram a configuração de um encontro fértil e feliz, que viabilizou a realização de uma intervenção/investigação junto com a equipe de uma unidade básica de saúde. Empreendemos esforços para realizar a revisão do processo de trabalho da equipe, através de auto-análise e autogestão, com o desafio de

lidar com as instituições presentes neste processo, e engendrar processos criativos que possam metamorfosear o modelo assistencial.

A experiência de intervenção/investigação foi uma construção coletiva, que no campo acadêmico compunha parte de um projeto coletivo mais geral no campo da atenção primária à saúde: “O trabalho de enfermagem em atenção primária na organização dos serviços locais de saúde”¹ coordenado por Silvana Martins Mishima.

Assim, esta tese é parte do referido projeto e foi produzida no mesmo processo que viabilizou a tese de Cinira Magali Fortuna, minha companheira de viagem (reais e imaginárias), com quem compartilhei tão rica e envolvente experiência de aprendizado. O foco de atenção da tese de Fortuna (2003) são as relações entre os trabalhadores e o desta que lhes apresento, as relações dos trabalhadores com os usuários na perspectiva da invenção de formas de acolher.

Essa produção conjunta antecede e ultrapassa a própria intervenção/investigação, isto é, os temas, trabalho em equipe e acolhimento, estão intimamente implicados. Nossas teses são imanentes uma com a outra, os temas se atravessam e transversalizam o tempo todo.

O acolhimento, enquanto um campo aberto de múltiplas possibilidades de ações de saúde que podem ser produzidas pela equipe, constitui-se transversalidade. Quando a ação de saúde se configura uma realidade, o acolhimento é atravessado pelas questões do trabalho em equipe. Nesse mesmo território, ao se concretizar o acolhimento, este atravessa o campo de ação dos trabalhadores.

A oportunidade favorece o enfoque que queremos dar à compreensão do que seja o trabalho em saúde, não só uma prática técnica, estruturada, com um conhecimento também estruturado, mas como uma prática de relações, ou seja, um trabalho que se vai construindo num processo dinâmico, de interação entre as pessoas e as condições do meio em que se inserem, configurando uma realidade cheia de dores e sofrimentos, alegrias,

¹ Projeto financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - Fapesp que permitiu auxílio financeiro para realização desta tese.

sonhos e desejos, encontros e desencontros, instituições, tecnologias, saberes e crenças.

Acreditamos que é nesse emaranhado que podemos produzir a diferença na saúde, lidando com as diferenças, incluindo-as positivamente para a realização do trabalho, usando sua potência enquanto “linhas de ação da diferença”

essas linhas, enquanto fluxos intensivos e enquanto portadoras de potências expressivas e interrogativas, vivem num constante estado de experimentação: vê-se que elas experimentam-se a si mesmas nos encontros por elas provocados ou nos encontros que lhes são impostos por outras linhas da diferença em ação. (ORLANDI, 2000, p. 49).

Apostamos na experimentação de um trabalho na direção do desenvolvimento da autonomia das pessoas em suas vidas. Isto é, além da competência técnica, temos o desafio de desenvolver competência humana para suportar as implicações afetivas do cotidiano do trabalho em saúde.

No trabalho em saúde, a vida pulsa, do usuário e do trabalhador, no limite do medo da dor, do sofrimento e da morte.

Fizemos o percurso de olhar para a relação trabalhador-usuário nos espaços das reuniões de supervisão da equipe e de discussões de casos de famílias.

Nossa experiência se orientou pelo referencial teórico-metodológico da análise institucional, da linha esquizoanalítica (BAREMBLITT, 1996), cuja proposta é a construção da auto-análise e autogestão pela equipe. Dedicase a facilitar a produção do desejo e o desejo na produção, propondo um método que articula elementos inusitados e aparentemente desconexos, e busca levar a produções criativas.

A esquizoanálise, de Deleuze e Guattari, apresenta-se como uma perspectiva possível e coerente com o desafio que temos a enfrentar na saúde, o desafio de produzir saúde com criatividade, afeto e efetividade.

“Deleuze e Guattari propõem que em todo empreendimento, aventura, viagem ou obra, o verdadeiramente importante é a novidade, a diferença e a singularidade absolutas” (BAREMBLITT, 1998, p. 60). O registro dessa

aventura-viagem é feito em um desenho, um mapa, uma cartografia das “paisagens psicossociais” (ROLNIK, 1989).

Esta é a cartografia da nossa viagem, as paisagens que vivenciamos e apreciamos do processo de produção das ações de saúde daquela unidade. É provisório e inacabado, posto que a vida está em permanente movimento, com infinitas possibilidades de se realizar. Neste momento de escrita, colocamos um ponto final temporário, uma escrita dentre várias possíveis, para a finalização da tese, dentro dos prazos, lidando com as dores decorrentes do contato com a incompletude e a onipotência (da produção perfeita), elementos, dentre muitos outros, que compõem a subjetividade humana.

Sabemos que a história continua e esperamos que as ressonâncias se multipliquem, afetando, impactando, criando novas escritas, novas ações, novas relações...

E, no cotidiano na sua aparente mesmice, a realidade, a vida, continuam pulsando, e

(...) às vezes é preciso suportar o tempo insípido, como se agüenta uma chuvinha triste e interminável, sabendo que lá na frente a água acumulada pode irromper numa nascente. Aí pode jorrar um tempo, que nos casos felizes, e por um certo curso de rio, leva quem sabe a uma cascata de vida (PELBART, 1993, p. 46).

Assim, esta escrita tem por objetivo cartografar a experiência de análise produzida junto com a equipe de trabalhadores de uma unidade básica de saúde na perspectiva da relação trabalhador-usuário, buscando destacar as perdas de sentido que capturam a produção do cuidado e as linhas de fuga que apontam para novas formas de acolher o usuário, apostando na tese de que é possível explorá-las para produzir vida na saúde.

Apresentamos os bastidores do projeto, o pano de fundo, o contexto do qual emerge a necessidade de se deter atenção para esta temática na saúde, na sociedade, as forças instituídas e instituintes que nos põem em ação, ora reproduzindo, ora imobilizando, ora criando.

Destacamos três aspectos que, embora intrinsecamente inter-relacionados, foram separados.

O primeiro é a configuração de uma nova ordem mundial de controle na sociedade contemporânea, controle contínuo, instantâneo, em espaço aberto, através de senha de acesso e, o perigo desta lógica dar a tônica para práticas como as da saúde da família.

O segundo aspecto trata do desafio da construção de uma grupalidade a partir da constituição de uma equipe de trabalhadores, e dos processos de produção de subjetividade inerentes à própria lida com a diversidade e complexidade da demanda de problemas apresentada pelos usuários. O desafio da reconstituição dos saberes e práticas para enfrentar tais problemas, os obstáculos da inclusão das diferenças explicitadas nas relações entre trabalhadores e desses com os usuários, especialmente pela força da subjetividade capitalística instituída em da nossa sociedade.

E o último aspecto, o da micropolítica da relação trabalhador-usuário, comandada por investimentos de interesse e desejo, conscientes e inconscientes e o modo como reproduzimos ou não a subjetividade dominante no processo de trabalho em saúde.

Enfocamos atenção especial às tecnologias leves que, no nível molecular, têm a potência de fazer passar linhas de fuga para produção/invenção de processos cuidadores, acolhedores, vínculo mais criativos a partir das relações e dos afetos decorrentes do encontro trabalhador-usuário, destacando-se também a importância das linhas de segmentaridade duras e flexíveis, que estratificam nosso viver e afetam nossos corpos, nos colocando em ação para a produção da realidade.

Trazemos também nesses bastidores a esquizoanálise e seu método, uma espécie de bricolagem, como possibilidade de inventar novos modos de agir em saúde, articulando elementos que aparentemente não tem entre si nada a ver. O que importa na verdade, é que seu resultado possibilita processos criativos e inventivos de modos de viver a vida, nosso desafio na saúde.

Em relação ao planejamento da viagem, apresentamos como nos surgiu a demanda de supervisão, o local do estudo, o roteiro para

exploração de paisagens que pudessem nos oportunizar diferentes nuances da relação trabalhador-usuário.

As paisagens foram emergindo no percurso. A *entrada*, aparentemente muito comum e inserida na realidade de qualquer serviço de saúde, permitiu, através de um olhar mais atento, conhecer alguns aspectos do modo de funcionamento do serviço, sua organização e o lugar reservado para o usuário. Ao explorá-la, outras paisagens foram se revelando, favorecendo a expedição pelo território da *agenda* e da *fila*.

Um destaque para a visita domiciliária que, na análise da equipe acerca do processo de trabalho, foi identificada como uma porta de entrada da demanda dos usuários. Nesta prática *o trabalhador é quem bate à porta do usuário*. Além da mudança do *locus* temos outros elementos configurando esta realidade, modificando as relações de forças instituídas, como por exemplo, ser a casa o território de domínio do usuário e não do trabalhador.

Surpreendemo-nos nesta viagem com um fato inesperado: *a parada*. Este revelou outro aspecto do modo de funcionamento da unidade: o modo escola. A unidade de saúde “para” nos meses de férias escolares. A parada como analisador mostrou também como a equipe se organiza na oferta de serviços nesses períodos.

Um espaço importante para a análise da relação trabalhador-usuário foram as reuniões de *discussão de casos de famílias* como espaço revelador do modo como a equipe planeja, organiza e executa a produção de cuidados às famílias, e também como espaço para explorar as potências expressivas e inventivas das linhas de ação da diferença que entram em ação nesses encontros (ORLANDI, 2000). Famílias, pessoas, emoções, implicações, afetos, risos, lágrimas, desejos, medos, potências e impotências. Os casos afetam os trabalhadores e estes entre si buscam lidar com esses afetos, intensa, conflituosa e cooperativamente. No início, buscavam manter distância protetora, mas vão gradativamente construindo uma grupalidade, atualizando os vínculos positivos e negativos. Ora se afastam, ora se enfrentam, ora buscam cooperação mútua.

E as várias cenas vão nos revelando pequenos detalhes, às vezes pouco perceptíveis, nuances que ficam ofuscadas pelo modo hegemônico de trabalhar na saúde, voltado para procedimentos e doenças. E, à medida que a equipe se reúne para discutir como cuidar dos usuários e famílias, abre espaço para cuidar de si também, das relações entre os trabalhadores, enfrentando os conflitos que emergem nesse processo. Outras cenas nos revelam atravessamentos que impactaram a equipe, mobilizando-a a buscar alternativas para lidar com os problemas.

E finalmente, um conjunto de *pistas sugeridas para prosseguir a viagem e apreciar novas paisagens*. Paisagens psicossociais que revelam sentidos e sem-sentidos e vão configurando as produções de realidade na saúde.

O s bastidores do projeto: no começo, o caos

(...)

Quem, afinal, permanece
na vigia do ocaso certo ?

Aquele que vê, ou
a vista paisagem ?

(SABIÁ, 1985)

Uma inquietação. Ansiedade pelo começo. Como fazê-lo?

Como é mesmo que se faz essa tal cartografia?

A pesquisa bibliográfica de trabalhos cartográficos acadêmicos (ROLNIK, 1987; BARROS, 1994a; MELMAN, 1998; FRANCISCO, 2000; MERHY, 2000), trouxe poucas respostas para essa interrogação.

Leituras e mais leituras, de um material denso, difícil, com múltiplas bifurcações e desvios, que nos levam a revisitar velhas paisagens, nos aproximam de outras desconhecidas, e nos provocam a explorá-las. Experiências de encontros singulares que nos mobilizam intensamente (pela implicação de estarmos construindo juntos a experiência), por serem fascinantes... Experiência viva! Cria vida!

E nesse movimento, a vida nos abriu oportunidade de vivenciar com uma equipe de saúde uma intervenção/investigação. Colocamo-nos a preparar essa viagem e vivê-la, cartografando-a.

A produção é coletiva, e assim, de muitos autores. É produto da participação direta e indireta de um grande conjunto de pessoas, trabalhadores de saúde ou não, que contribuíram para sua realização. Contribuições de corpo e alma, falas e escuta, sorrisos e lágrimas, pensamentos e ações, conhecimentos sistematizados em conjunto, e muito mais, especialmente aquilo que não se expressa com palavras.

Este relato busca narrar a participação e a produção desse coletivo, busca expressar esse “mundo-subjetividade”, que se produz ao mesmo tempo, sem delimitações de fora e dentro, o “outr’em-mim” (NAFFAH NETO, 1998).

Da perspectiva de pesquisadora-trabalhadora-de-saúde-mulher-filha-criança-etc e muitos outros-em-mim com quem compartilhei essa experiência, elaborei esta escrita, a partir das marcas da realidade vivida, que ora se fazem mais claras, mas quase o tempo todo embaralhadas, misturadas, entrelaçadas, entre si e com esses muitos outros-em-mim.

O que conta é que estamos no início de alguma coisa
(...) Não cabe temer ou esperar, mas buscar novas armas.
(DELEUZE, 1992, p. 225 apud AGUIAR, 1997, p. 92).

O que é uma cartografia

Para os geógrafos, a cartografia - diferentemente do mapa, representação de um todo estático - é um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo que os movimentos de transformação da paisagem.

Paisagens psicossociais também são cartografáveis. A cartografia, nesse caso, acompanha e se faz ao mesmo tempo que o desmanchamento de certos mundos - sua perda de sentido - e a formação de outros: mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes tornaram-se obsoletos. (ROLNIK, 1989, p.15).

Segundo Barembliitt (1998), a cartografia é criada a partir de relatos objetivos e subjetivos, em uma espécie de diário de bordo de uma “viagem”, singular, única e irrepetível em que o mais importante é a novidade, a diferença e a singularidade. É uma “máquina-livro”, cujo movimento, velocidade, longitude e latitude, densidade, intensidade, contribui para “inventar mundos”. Um “mapa” que pode servir a outros viajantes construir a sua própria trajetória, sua aventura.

Entendemos por longitude de um corpo qualquer conjunto das relações de velocidade e de lentidão, de repouso e de movimento, entre partículas que o compõem desse ponto de vista, isto é, entre elementos não formados. Entendemos por latitude o conjunto de afetos que preenchem um corpo a cada momento, isto é, os estados intensivos de uma força anônima (força de existir, poder de ser afetado). Estabelecemos assim a cartografia de um corpo. O conjunto das longitudes e das latitudes constitui a Natureza, o plano de imanência ou de consistência, sempre variável, e que não cessa de ser remanejado, composto, recomposto, pelos indivíduos e pelas coletividades. (DELEUZE, 2002, p. 132-133).

No nosso caso, a cartografia vai se desenhando na medida em que vivemos uma experiência de supervisão institucional, junto com uma equipe de trabalhadores de uma unidade básica de saúde em Ribeirão Preto, num processo de auto-análise e auto-gestão do processo de trabalho e das relações que estabelecem entre si e com os usuários, na perspectiva da produção do acolhimento e de cuidados decorrentes deste encontro, tendo como paisagem de fundo todas as questões que se têm vivido no setor saúde na atualidade.

Nesse movimento para a escrita da tese emergem novos afetos e novas descobertas; nos re-encontros com aquela equipe, através dos registros transcritos, das anotações realizadas e nas supervisões, além dos que emergiram e foram sendo discutidos com os trabalhadores durante as vivências. No papel de cartógrafa registro os estranhamentos, perdas de sentido de algumas práticas de saúde e que, ao mesmo tempo, vão se transformando em outros sentidos, num traçado que vai marcando longitude e latitude, força e velocidade, desembocando em outras práticas. É nosso desejo que essas outras práticas contribuam para a construção de um modelo assistencial tendo por base o respeito ao direito à saúde e à vida.

Não se busca a origem, mas os deslocamentos, as redistribuições de impasse, de limiares, de devires. Não há aprofundamento arqueológico na memória, mas deslizamento cartográfico na superfície: criação de caminhos sem memória. (PELBART, 2000, p.172).

Embora singular, única e irrepetível, esta viagem, proponho ao leitor deste relato que se arrisque, especialmente se for trabalhador de saúde, a criar a sua viagem, real e imaginária, navegando nas ressonâncias que a leitura lhe provocar, acrescentando outras paisagens, implicando-se com os sentidos e os sem-sentidos, experimentando se abrir para afetar e ser afetado pelo visível e pelo invisível, pelas intensidades e multiplicidades que compõem cada encontro com esta escrita, com os usuários dos serviços de saúde, com a equipe, consigo mesmo e em outros encontros, produzindo subjetividades, desejos, ações de saúde.

Os bastidores do projeto 2: as coisas não começam do nada, vivemos um processo histórico

Os poemas escrevem-se
dos salões negros da alma
das vastidões que desfiam
o frio e a espuma
no seio da nossa carnação.

Os poemas escrevem-se
antes do fôlego da primeira luz
na inundação atordoada
de sangue pelo corpo
rupto de cor e ação.

Os poemas escrevem-se
com o que vem antes dos desejos
que se tecem sempre a ventre nas visões
— gritos cegos na noite
ou gestos calados, desfeitos.

Os poemas escrevem-se:
são lentos intentos
na solução dos ventos;
são a súbita visita
do joio ao trigo do pão.

(SABIÁ, 1985)

Uma cartografia sempre se dá num contexto, num espaço-tempo que compõe um certo plano, no qual forças conscientes e inconscientes fazem emergir e viabilizar idéias, projetos, ações, sentimentos. Apresenta a experiência em termos das forças, movimentos, acontecimentos, momentos, risos, frustrações, realizações, lágrimas, vendavais, criações que

passaremos a discutir, segundo nossa ótica de pesquisadora, na relação com uma equipe de trabalhadores de saúde de uma unidade da rede básica.

Para Barembritt (1996, p. 41) “historiar é um processo cognoscitivo que pretende reconstruir os acontecimentos nos tempos”, constrói uma versão sempre implicada com desejos, interesses e tendências do historiador, assim como, com a posição que este historiador se coloca na vida social. Há sempre múltiplas possibilidades de historiar o panorama da saúde, a depender de quem o faz.

Não nos propomos aqui construir uma versão da formação histórica-social do panorama atual da saúde, mas buscar, na conformação dos principais modelos assistenciais, os elementos e aspectos relevantes e como se articularam em relações que os estabeleceram como realidade. Os diversos aspectos, que conformam um modelo assistencial, constituem processos produtivos,

[...] processos de produção de bens materiais indispensáveis para a vida, de meios de produção, a produção de formas *sui generis* de governo, assim como as peculiaridades da produção de subjetividades, individualidades, pessoas e agentes de todos os processos. (BAREMBRITT, 1998, p. 117).

Para a esquizoanálise a realidade configura-se como um conjunto heterogêneo, é comporta por três superfícies imanentes entre si, inerente uma a outra, a superfície de produção, de registro-controle e de consumo-consumação.

A superfície de produção é composta por matérias não formadas, por energias em potência. Nela ocorrem os processos produtivos-desejantes, predomina o funcionamento molecular, que possibilita a combinação de elementos “quimicamente impossíveis”. Nesta superfície são montadas as máquinas desejantes, que podem configurar novas formas de agir em saúde e de viver. É a produção de produção, produção de singularidades, criação do novo, nosso desafio na saúde.

O conceito de máquina não se limita às máquinas mecânicas ou sua consideração como extensão dos membros dos indivíduos, mas refere-se a “máquinas maquinicas” com certas peculiaridades, “maquinaria microfísica” cujos

[...] “elementos” micro não são perceptíveis nem pensáveis em termos de extensão, quantidade e qualidade, como o são as entidades “Macro”. [...] São Puras Intensidades, são Multiplicidades, são Hecceidades ou Estidades, são Devires, são Fluxos.

Deleuze e Guattari as designam pelo nome de máquinas desejanças [...] (BAREMBLITT, 1998, p. 93).

As máquinas desejanças se conectam entre si em operações básicas de fluxo e de corte nas mais diversas direções e combinações, de forma que podem variar e configurar-se como “fonte” (máquina que extrai e emite um fluxo energético) e podem funcionar como máquina “órgão” (máquina que corta o fluxo energético). Esses elementos micro vão se conectando e configurando os processos das superfícies de produção, registro-controle e consumação (BAREMBLITT, 1998).

Assim o institucionalismo afirma que:

[...] as grandes mudanças históricas, as macromudanças, são sempre resultados de pequenas micromudanças e que os grandes poderes que vigoram na sociedade são apenas formas resultantes de pequenas potências que se chocam e conectam em espaços microscópicos de uma sociedade. (BAREMBLITT, 1996, p. 45).

Na configuração da realidade temos também a superfície de registro-controle. Esta é constituída de elementos conhecidos, com limites bem definidos, em que predominam os processos molares, isto é, evidentes, bem definidos e visíveis. Sua função é de selecionar, aceitar, capturar, reprimir, destruir, colocando tudo a serviço da manutenção das forças e ordens instituídas da sociedade. Ordena o *socius*, define o que pode e o que não pode ser consumido, aceito, incorporado, levando a um funcionamento predominantemente paranóico como podemos observar pelo agenciamento que o aparelho do Estado propõe.

A instituição Estado orienta-se pela lógica do controle e para sua manutenção. Constitui-se agenciamento que põe em ação uma “máquina de sobrecodificação”, isto é, uma “máquina abstrata que organiza os enunciados dominantes e a ordem estabelecida de uma sociedade, as línguas, os saberes dominantes, as ações os sentimentos conformes, os segmentos que prevalecem sobre os outros” (DELEUZE; PARNET, 1998, p.150). Este é o funcionamento característico da superfície de registro e

controle, em que evidencia-se a predominância das forças de resistência à mudança, que lutam pela manutenção do sistema, promovendo produção da reprodução e, muitas vezes, produção da anti-produção.

Podemos dizer que na rede pública de serviços de saúde há predominância das forças que constituem a superfície de registro-controle, do agenciamento da máquina de sobrecodificação do Estado, que mobiliza forças de resistência à mudança, os pólos paranóicos, o medo do novo.

A terceira superfície é a de consumo-consumação, aquela em que o produzido nas outras duas se manifesta como realização, ao ser usada, consumida e usufruída pelos agentes dessa produção em ato.

Essas superfícies são inerentes umas às outras, de forma que uma produção inovadora da superfície de produção, resultado de um processo instituinte, de criação do novo, pode ser imediatamente capturado pela superfície de registro-controle; ao mesmo tempo que se consuma é consumido.

O problema consiste em como e quanto cada *socius* consiga aproveitar produtivamente, e paralisar reprodutivamente ou destruir antiprodutivamente suas potências produtivas. (BAREMBLITT, 1998, p. 117).

No caso do nosso Sistema de Saúde, o movimento instituinte da Reforma Sanitária possibilitou que, da superfície de produção da produção, emergisse as bases para o Sistema Único de Saúde (SUS). No enfrentamento do desafio de colocá-lo em prática conseguiu importante avanço jurídico-legal com as normatizações para sua operacionalização, configurando uma superfície de registro-controle.

Entretanto, nós, executores do SUS, e nós, população usuária do sistema de saúde, não conseguimos implementar o mesmo avanço na prática. O agenciamento maquínico (BAREMBLITT, 1996) criado pelo Movimento da Reforma Sanitária possibilitou a produção de inovações e acontecimentos, como o SUS, mas não se manteve com intensidade capaz de imprimir nos trabalhadores da rede básica do sistema o desejo e a potência produtiva de mudança orientada pelo ideário do SUS, na disputa de projetos (CAMPOS, 1994b).

Sentimos hoje os reflexos da crise da saúde, que vem ao longo da história arquitetando seus diferentes modelos assistenciais, a partir dos diferentes interesses em disputa e de entendimentos do que é saúde e doença e as formas de intervir sobre elas.

Da história temos ainda vivas no presente as razões que conformaram o Séc. XIX como “era bacteriológica”, do paradigma bacteriológico (ROSEN, 1994) ou do paradigma sanitário (MENDES, 1993), conformando o modelo do sanitarismo-campanhista (MENDES, 1996). O cientificismo biologicista, da medicina científica, da biologia do comportamento humano, levou a produção de conhecimentos e técnicas, enunciados como verdades científicas, com íntima relação com as práticas econômicas e sociais, e com o desenvolvimento da cultura científica² (MACHADO, 1981).

Rosen (1994) ressalta o grande impacto da teoria bacteriológica na dimensão pública da saúde, normatizando comportamentos “assépticos”, conformando um modelo assistencial que respondia às necessidades do Estado, ao modelo econômico agroexportador, com ações de saúde predominantemente de saneamento dos espaços de circulação de mercadorias e erradicação/controle das doenças que prejudicassem as exportações. A produção da saúde se colocava a serviço da manutenção das forças e ordens instituídas da sociedade, ofertando, produzindo e consumindo ações como as da denominada polícia sanitária, concretizando uma realidade caracterizada pelo predomínio da superfície de registro-controle.

O processo de industrialização levou o centro da economia para os centros urbanos e para a massa operária. Nesta nova configuração de interesses, o foco de atenção do sistema de saúde volta-se para o corpo do trabalhador, com o objetivo de manter a capacidade produtiva. As ações implementadas mantêm a racionalidade científica, incorpora a multicausalidade, com predomínio do pensamento clínico sobre o processo saúde-doença,

²A idéia de cultura científica se apóia na norma da própria ciência. O progresso é propriedade essencial, confere-lhe uma dinâmica, buscando o aperfeiçoamento da racionalidade, dos critérios de verdade, constituindo seu ápice na atualidade da ciência. Esse progresso se faz por descontinuidade, por rupturas, na relação dialética entre a racionalidade científica e o saber do senso comum, uma ruptura entre razão e percepção (MACHADO, 1981). Segundo Kuhn (1992), essa cultura científica é um dos elementos da conformação e quebra de paradigmas.

restringindo a condição de saúde à relação causa-efeito, tomando por referência uma concepção negativa de saúde, saúde como ausência de doença. A organização dos serviços de saúde volta-se mais para atenção individual curativo-reabilitadora, fundamentada no paradigma flexneriano³ (MENDES, 1996) configurando o modelo médico-assistencial privatista.

Esse paradigma estrutura-se na medicina científica moderna, trabalhando na analogia corpo-máquina que pode ser “consertado” para retomar sua capacidade produtiva, no cientificismo biologicista da concepção da história natural das doenças, tomando como objeto de atenção o indivíduo isolado dos aspectos sociais da vida, parcializando esta atenção através da divisão por disciplinas e especialidades, desenvolvendo técnicas de prospecção de queixas (anamnese), esquadrinhamento de sinais (semiologia), categorização diagnóstica das doenças e de seu tratamento (clínica) (CAMARGO JR., 1992), dando ênfase aos aspectos curativo-reabilitadores.

Desta forma, a medicina se afasta de seus aspectos fundamentais como o sofrimento, saúde, homem, vida, cura. Entretanto, é no plano da clínica que podem emergir linhas de fuga, que mobiliza universos heterogêneos de subjetividades produtoras de ajuda para diminuir o sofrimento das pessoas (BAREMBLITT, 1997). Falamos de uma clínica ampliada, que não se restringe ao campo de domínio teórico-prático exclusivo e excludente de nenhuma disciplina. É no exercício dessa clínica que se configura o paradoxo entre normal e patológico, como nos aponta Canguilhem (1990, p.185):

Ora, a clínica não é uma ciência e jamais o será, mesmo que utilize meios cuja eficácia seja cada vez mais garantida cientificamente. A clínica é inseparável da terapêutica, e a terapêutica é uma técnica de instauração ou de restauração no normal, cujo fim escapa à jurisdição do saber objetivo, pois é a satisfação subjetiva de saber que uma norma está instaurada. Não se ditam normas à vida, cientificamente. Mas a vida é essa atividade polarizada de conflito com o meio, e que se sente ou não normal, conforme se sinta ou não em posição normativa.

³ O Relatório Flexner foi publicado, em 1910, pela Fundação Carnegie cujo conteúdo principal tratou de definições de padrões para a formação básica e especialização médica e controle do exercício profissional. A implementação das diretrizes desse Relatório se deu graças a aplicação financeira de fundações privadas americanas interessadas. (MENDES, 1996).

Apesar dessa brecha da clínica, as forças instituídas da superfície de registro-controle predominam no modelo médico-assistencial privatista com seu cientificismo biologicista altamente especializado, normatizado, ofertando cada vez mais serviços de atenção médica, de custos elevados e com baixo impacto nas condições de saúde, não conseguindo emplacar uma superfície de produção de vida e saúde segundo uma concepção mais ampliada de saúde.

Temos a instituição saúde armando sua máquina de reprodução para manutenção do *status quo* e do funcionamento da sociedade, com a medicina⁴ como o seu mais alto representante. A medicina se institui hegemônica através da produção de saber sobre a doença e não sobre o homem, ganhando poder absoluto neste campo, subjugando outros fatores não biológicos que podem estar envolvidos na produção das doenças, utilizando a norma como instrumento disciplinar e de regulamentação. Aquilo que escapa de seu controle são enquadrados como “paciente que não tem nada”, “paciente piti”, “paciente refratário”, produzindo assim um discurso de exclusão.

Ao médico cabe o diagnóstico — seu núcleo de competência e responsabilidade, o trabalho nobre sustentado pelo saber científico. Intrínseca ao diagnóstico temos a terapêutica, que introduz a indeterminação e a incerteza à prática médica, implicando na possibilidade de fracasso da intervenção por estar inerentemente relacionada aos aspectos subjetivos da satisfação. Uma vez feito o diagnóstico, a terapêutica pode ser dividida com outros trabalhadores como atividades “subsidiárias”, e no caso de atendimento ambulatorial, dividida também com os pacientes e suas famílias, diluindo a responsabilidade pelo resultado da intervenção (CAMARGO JR., 1992).

Nesse modo de funcionamento de predomínio da superfície de registro-controle, os trabalhadores de saúde ficam presos à doença, e paradoxalmente, há pouco espaço para o sofrimento. O instrumento do médico de saber classificar as doenças se sobrepõe ao paciente e suas indagações. A

⁴ Medicina como área de saber não circunscrito a ação específica do médico, e sim ao conjunto de disciplinas da saúde.

intervenção se faz sobre o indivíduo com exigências cada vez maiores, determinadas pelos avanços tecnológicos progressivos com conseqüente elevação dos custos. O sistema de saúde necessita oferecer cada vez mais atendimento médico, aumentando a densidade tecnológica, sem contudo conseguir necessariamente melhora da condição de saúde da população. Assim configura-se a crise desse modelo médico-assistencial-privatista.

Somando-se a própria crise do modelo assistencial vigente, outros aspectos influenciam na direção da conformação de novas propostas de assistência à saúde, como as pressões internacionais pautadas em novas concepções do processo saúde-doença. Surgiram os modelos de Blum, Dever e Lalonde que articulam quatro dimensões: biologia humana, estilo de vida, meio ambiente e organização de serviços de assistência à saúde (MENDES, 1996). Outro compromisso político internacional acordado foi a Carta de Ottawa que aponta requisitos fundamentais para a saúde: a paz, a educação, a habitação, a alimentação, a justiça social e a equidade são exemplos relevantes (MENDES, 1993).

Também a teoria da produção social influenciou sobremaneira a conformação do novo paradigma, o da produção social da saúde. Isto é, a produção da saúde é resultado da ação humana na sociedade, não é natural. É produto da criação do homem, produção de bens e serviços (MENDES, 1996). No caso da saúde, um bem simbólico, construído e apreendido na dinâmica do processo de produção das relações sociais, segundo uma certa forma de ver e de intervir sobre o mundo, de acordo com interesses, desejos, recursos disponíveis e não disponíveis dos atores envolvidos na produção da ação. Desta forma, multiplica-se infinitamente as possibilidades de se pensar e agir na saúde.

A ação em saúde sempre se realiza conforme o interesse de quem a executa, o ator social (MATUS, 1993). Este é um sujeito, individual ou coletivo, que tem projeto, intencionalidade e está em uma linha de produção de ações que criam fatos sociais e, de acordo com sua situação no campo da saúde (trabalhador, usuário, grupos organizados de usuários, equipes de trabalho, gestores, gerentes), vai acumulando maior ou menor

governabilidade (recursos que o ator controla) e capacidade de governo (saber governar, capacidade de fazer os recursos que controla se transformarem em uma ação).

O campo da saúde configura-se assim um campo de disputa de interesses, em que a imprevisibilidade, a incerteza e os “pontos de cegueira” do ator serão elementos sempre presentes.

Através do recorte interessado, segundo uma forma de ver o mundo, o movimento da Reforma Sanitária se constituiu um ator social que conseguiu engendrar uma máquina de produção que fez passar pelas brechas do instituído, especialmente na VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, e no Congresso Nacional na promulgação da Constituição Federal de 1988, o projeto do Sistema Único de Saúde. Este, instituindo a saúde como direito de cidadania e dever do Estado, baseia-se nos princípios orientadores da universalidade, equidade e integralidade e nas diretrizes organizativas da descentralização, hierarquização e regionalização. Sua operacionalização foi posteriormente normatizada pelas leis 8080/90 e 8142/90, com os instrumentos gerenciais, técnicos e de democratização da gestão.

O avanço jurídico-legal teve impacto na reformulação das organizações e estabelecimentos do nível local, especialmente com as diretrizes organizativas de descentralização da gestão, hierarquização da assistência e regionalização, fazendo com que os municípios assumissem mais diretamente a gestão do sistema e sua operacionalização⁵ como forma de dar resposta à crise da saúde.

Apesar disso, permanece hegemônica a prática assistencial da medicina científica, não tendo sido possível transpor-se as segmentaridades instituídas pelo saber-poder da medicina sustentada pelo paradigma flexneriano, mantendo o foco de atenção sobre as doenças.

Conforma-se um paradoxo, os modelos configurarem-se produtores de procedimentos (consultas médicas, curativos, vacinas, e outros), e não produtores de cuidados às pessoas para diminuição do sofrimento para que

⁵ Há várias experiências de operacionalização do SUS como, por exemplo, Ações Programáticas (SCHRAIBER, 1993), Vigilância em Saúde (MENDES, 1996), Saúde da Família (BRASIL, 1998a), Em defesa da vida (CAMPOS, 1994a) e Cidades Saudáveis (SILVA JR., 1998).

vivam melhor suas vidas, cumprindo seu papel social. Tal paradoxo se materializa numa “assistência médica individual, de caráter pontual e curativo, o pronto-atendimento da demanda espontânea” e ainda, com “uma tendência ao atendimento despersonalizado, não favorecendo o estabelecimento de vínculo usuário/trabalhador e/ou usuário/unidade de saúde, comprometendo a integralidade da assistência e a resolutividade do atendimento” (MISHIMA, et al., 1999, p.220).

A diretriz da participação e controle social do SUS teve grande avanço, efetivando as comissões locais de saúde, os conselhos municipais e as instâncias estaduais. No entanto, no micro-espço, no nível molecular da relação trabalhador-usuário, não se conseguiu ainda montar uma máquina que garanta a efetivação dessa diretriz de forma que o usuário seja incluído no momento de decidir questões de saúde de seu interesse, numa prática democrática e de cidadania. Do mesmo modo, não vem se efetivando através do tratamento dado às expressões de necessidades, dores e sofrimentos e pela forma que são tomados como objeto de atenção dos trabalhadores de saúde. Esse processo exige a desconstrução de valores e normas que estruturam as práticas de saúde e as instituições da sociedade tal como ela está, isto é, trata-se de uma construção histórico-social numa constante e intensa disputa de interesses e desejos.

A crise da saúde é sentida por qualquer pessoa da nossa sociedade, mas será diferente a depender do lugar de onde se está ao senti-la. Para gestores e gerentes trata-se principalmente de uma questão financeira, que os impede de ter recursos disponíveis para oferecer um serviço melhor estruturado, com equipamentos e serviços segundo as demandas que lhes chegam. Para uma grande parte dos usuários a crise parece mais falta de interesse dos serviços de saúde e dos trabalhadores em se responsabilizarem por prestar uma assistência a sua pessoa e a seu problema. E para os trabalhadores de saúde a crise é de falta de condições de trabalho, camuflando uma crise que é também de formação e de mercado de trabalho que parece exigir sempre mais e mais. O trabalhador se ressentido de um não saber, não estar habilitado para o uso de tecnologias

cada vez mais sofisticadas, produto dos avanços das indústrias de equipamentos médicos-hospitalares, as chamadas tecnologias duras, que por sua vez exigem domínio das tecnologias leve-duras. São estes saberes estruturados (tecnologias duras e leve-duras) que operam o trabalho em saúde, e os trabalhadores não percebem a lacuna no manuseio das tecnologias leves, as tecnologias de relações, que emergem no espaço intercessor trabalhador-usuário no ato da produção de saúde cujo domínio escapa das mãos do trabalhador por envolver processos de produção de subjetividade. Como afirma Merhy (2002) trata-se de uma crise tecnológica e assistencial.

A força desse conjunto heterogêneo que configura as superfícies da realidade possibilita produção de produção, de reprodução e de antiprodução na saúde, a depender do que se pode configurar com a multiplicidade de investimentos de interesse e de desejos conscientes e inconscientes de seus agentes, trabalhadores de saúde e usuários do sistema.

No formato de leis instituídas, a saúde corre o risco de ficar presa às normatizações — superfície de registro-controle, campo de domínio das tecnologias duras e leve-duras, e assim, ser mobilizada pela manutenção do sistema de saúde tal como ele se encontra. Este é um risco possível quando há por parte do Ministério da Saúde, apesar da descentralização e repasse de poder de gestão do sistema para a instância municipal, a proposição de incentivos financeiros a determinadas ações e estratégias, como por exemplo, o Programa de Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 1998a) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). (BRASIL, 1998b). É o aparelho de Estado no agenciamento de sua máquina, criando e mantendo seus territórios de referência (MERHY; FRANCO, 2002). Pode também ser esta uma grande oportunidade de os municípios gerirem de forma criativa novos territórios de referência, inventando propostas locais que atendam mais efetivamente as necessidades da população.

Ribeirão Preto, por exemplo, município onde se situa a unidade de saúde de nosso estudo, opera em gestão plena, ou seja, tem autonomia de gerir seu sistema de saúde, definir o modelo de atenção à saúde que

ofertará a sua população, o que implica em decisões técnicas, assistenciais, políticas e éticas. Propõe o *Projeto Ethos*⁶ de atenção à saúde que prevê ações que tenham impacto positivo na qualidade da assistência à saúde e de vida de seus moradores. Dá ênfase à Atenção Básica e dentro desta, elege a estratégia Saúde da Família para consolidação do SUS. Entendemos que este Projeto pode ser um dispositivo na busca de engendrar uma máquina desejante de vida, de produção de cuidado ao usuário, de produção de sujeitos, que desafia o instituído propondo um sistema de co-gestão. Configura-se numa linha de fuga que busca se impor em brechas da superfície de registro-controle que necessita de projetos e planos, para obter incentivos e financiamentos, para cumprir seu papel social e manter-se como instituição de saúde, e ter formas de controle e regulação e que, por estas e muitas outras, corre grande risco de ser rapidamente capturado pelas forças hegemônicas.

O PSF foi proposto como forma de dar resposta à crise da saúde quebrando a lógica tradicional de prestação de serviços de saúde médico-centrada, biologicista com ênfase na produtividade. Propõe-se a uma prática assistencial em equipe, centrada nas necessidades da população, considerando-a como partícipe do processo de produção das ações de saúde através de seus saberes e da participação social; propõe-se uma centrada no vínculo e na responsabilização pelas ações de saúde coletivas e individuais.

Entretanto, a complexidade da vida e as questões que as pessoas têm demandado aos serviços de saúde desafiam os trabalhadores, em quaisquer níveis que se encontrem (gestores, gerentes, trabalhadores da rede básica e outros), a buscar modos de lidar e de produzir saúde. Os trabalhadores, formados sob a ótica do paradigma flexneriano, permanecem predominantemente no território referencial do modelo médico-assistencial privatista, da divisão por especialidades e por disciplinas, aceitando a idéia da produção social da saúde mais no caráter de multicausalidade, sem se dar conta das implicações a que está sujeito por se tratar de um processo histórico, social, cultural, econômico, político e ético inerente, e com

⁶ Projeto de atenção à saúde elaborado por técnicos da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, 2003.

dificuldades de incorporar a imprevisibilidade e a incerteza como parte do processo, não contando com instrumental coerente para agir.

Este quadro se torna ainda mais gritante com as estratégias PACS e PSF que prevêem a atuação direta no território vivo das pessoas. O trabalhador sai da esfera protegida pelos muros das unidades de saúde e se depara com situações para as quais não tem encontrado ferramentas de ação na sua especialidade, sentindo-se impotente ou, então, insistindo em usar aquelas mesmas habituais, sem se dar conta das nuances da singularidade de cada atendimento (MERHY; FRANCO, 2002) e de suas potencialidades ao se arriscar sair do instituído.

Esse encontro trabalhador-usuário se compõe em um emaranhado de linhas de saber-fazer, expectativas, interesses, desejos, necessidades, conscientes e inconscientes, que se cruzam, bifurcam, multiplicam, produzindo ações, acolhimento, vínculos, encontros, desencontros, ressonâncias, ou seja, são postas ali as “estratégias da economia do desejo no campo social, aquilo que Guattari batizou com o nome de ‘micropolítica’” (GUATTARI; ROLNIK, 1999).

Precisamos pensar a mudança na saúde e efetivá-la a partir da criação de agenciamentos para realização de desejos, para produção de ações que os satisfaçam. Os agenciamentos são coletivos e põem em jogo em nós e fora de nós multiplicidades, afetos, acontecimentos. É um co-funcionamento, no meio, entre o mundo interior e o mundo exterior. É uma máquina social que utiliza ferramentas tecnológicas.

Como já dissemos, o PSF pode concretizar-se em ações criativas de vida, alegria e melhora da qualidade de vida das pessoas. Precisamos, no entanto, inventar modos de criar agenciamentos maquínicos de desejo de uma nova saúde, formando parcerias com os usuários e grupos organizados da comunidade, utilizando as ferramentas tecnológicas de que dispomos e, principalmente podendo ser capaz de lançar mão de tudo aquilo que possa servir de instrumento para criar vida, mesmo que aparentemente estranhos, mas que afete a nós e aos outros, para escapar do instituído.

Este é um dos desafios propostos pela estratégia PSF, uma vez que o funcionamento das sociedades modernas atuais nos submete a um sistema político global, unificado e estruturado através de linhas de segmentaridade.

Somos segmentarizados por linhas que definem estratos do nosso viver. Há três tipos de linhas que nos compõe, emaranhadas umas nas outras (DELEUZE; PARNET, 1998; DELEUZE; GUATTARI, 1999). A primeira, linha de segmentaridade dura, que pode ser *binária*, que resulta de máquinas e agenciamentos duais da sociedade, funcionam com escolhas binarizadas como homem-mulher, rico-pobre, dentro-fora, casa-rua; ou *linear* em que os segmentos se encontram homogeneizados, retificados em si mesmo e em relação aos outros. Em funcionamento esses segmentos fixam código e território e implicam um dispositivo de poder. A segmentaridade opera a organização do espaço social do Estado por segmentos, define as formas de deslocamentos entre esses segmentos, construindo uma hierarquia e uma burocracia que se tornam muito pouco flexíveis.

A segunda espécie de linhas, a segmentaridade circular desenhada em círculos, opera de forma mais flexível ou não, conforme seu funcionamento. Num regime mais flexível, os círculos não ressoam todos juntos, não caem em um único ponto central. Quando há endurecimento da segmentaridade circular todos os círculos ressoam e caem num mesmo ponto central de acumulação e de significância que percorre todos os círculos e repassa por todos os segmentos como os aparelhos de Estado com suas máquinas burocráticas.

Um exemplo de segmentaridade circular na saúde seria a divisão das profissões, que para o funcionamento da máquina de reprodução do Estado cada círculo ressoa voltado para um mesmo centro. É pouco usual uma organização em que o desenho escape da centralidade do trabalho do médico, que abra espaço para outras experiências cuja centralidade da ação terapêutica seja do agente comunitário, do psicólogo, da enfermeira ou qualquer outro trabalhador da saúde. Outro modo de ver as profissões seria como segmentos duros, bem definidos por linhas duras, sabendo-se que, sob elas passam fluxos, limiares, que se fazem em conexões e desconexões,

que não necessariamente coincidem com as linhas de segmentaridade dura, mas que delimitam-se de forma mais flexível, menos precisa.

E a terceira espécie de linha, que são as linhas de fuga, é imperceptível, é um movimento difícil de perceber, que começa pelo meio, está no meio, no emaranhado das linhas, tem algo de misterioso. Expressam fluxos moleculares de devir, de criação, que “quebram” o ritmo do cotidiano instituído, provocam uma ruptura das certezas, provocam desterritorialização, de forma que não se possa mais voltar a situação anterior (DELEUZE; PARNET, 1998; DELEUZE; GUATTARI, 1999).

No âmbito da saúde a segmentaridade nos faz ficar presos por exemplo, às atribuições e funções de cada profissão definidas pelas disciplinas, pelos conselhos profissionais, olhando a partir dos núcleos de competência e responsabilidade de cada profissão, sem observar os movimentos quase imperceptíveis (às vezes muito ruidosos, mas sem ter alguém em condições de escutá-los) que passam no meio das linhas de delimitação desses fazeres, dificultando um navegar pelos campos comuns de competência e responsabilidade dos trabalhadores de saúde de uma equipe (CAMPOS, 1997), tendo em vista a produção do cuidado a que se propuseram. Essas linhas de segmentaridade são as linhas do instituído, do territorializado, do significado, do conhecido que configuram a predominância da superfície de registro-controle.

Bem sabemos que a força de vida busca brechas incessantemente. Nos terrenos mais áridos e inóspitos marca sua presença. Há sempre o brotar de uma linha de fuga, uma potência de vida que emerge entre essas de segmentaridade duras. Surge do meio, como ruptura e provoca uma desterritorialização, um estranhamento no instituído, que impõe a busca de um novo sentido, abrindo possibilidade para a multiplicidade de novos territórios existenciais de auto-referência, mas que pode também se re-encontrar no instituído, nos segmentos, na fixação de significados.

Essas linhas compõem um mapa de conexões, bloqueios e desbloqueios, múltiplas entradas, deslocamentos, linhas, territórios, segmentos, platôs, planos que compõem a realidade vivida em intensidades e afetos.

Lançamos mão desses conceitos da esquizoanálise para explorar o mapa das linhas e superfícies predominantes, das potências e resistências para produção de novas formas de acolher o usuário; mapa construído na experiência de análise conjunta com a equipe de trabalhadores de uma unidade básica de saúde na perspectiva da relação trabalhador-usuário, da produção de cuidados, descobrindo as paisagens, sentidos e não-sentidos e produzindo conhecimentos acerca da realidade vivida.

s bastidores do projeto3: a saúde, a esquizoanálise e o método esquizoanalítico

Vejo (...) um inconsciente cuja trama não seria senão o próprio possível, o possível à flor da linguagem, mas também o possível à flor da pele, à flor do socius, à flor do cosmos... (GUATTARI, 2002).

Trataremos aqui de aspectos sobre a saúde e o trabalho em saúde e a articulação com alguns conceitos do referencial teórico-metodológico da esquizoanálise.

A saúde é um bem simbólico, fruto de uma construção histórica e social, das vivências próprias de cada pessoa, constituindo nas relações sociais do cotidiano diferentes concepções do que é saúde e doença, do que é um viver saudável, a partir das condições de vida de seu grupo social. Expressa também representações das instituições e do modo de organização da sociedade nos aspectos econômicos, políticos e culturais (MINAYO, 2000). A noção de saúde não se materializa em um objeto, mas sua concretude é percebida e sentida principalmente no polo negativo — na sua ausência, quando nos sentimos doentes ou limitados para gozar os prazeres da vida. Assim, trabalhar em saúde não se faz sem considerar a subjetividade como um componente essencial.

Saúde como trabalho e construção histórico social, como qualquer outro trabalho, vai transformar algo antes (necessidade) em algo depois (resultado), e como um trabalho humano terá uma intencionalidade (finalidade), previamente imaginada pelo agente do trabalho (capacidade teleológica do ser humano), apreendida nas relações sociais, configurando outra característica do trabalho humano e de saúde, a socialidade.

A socialidade do trabalho humano torna possível sua decomposição e parcelamento em concepção e execução, sendo esta última dividida entre diferentes trabalhadores. Essa divisão no entanto leva a fragmentação do trabalho a tal ponto que seus executores não se reconhecem no que fazem, retira o caráter humano. Os trabalhadores são tomados apenas como força de trabalho, recursos e mercadorias atendendo à lógica capitalista.

No processo de trabalho em saúde essa fragmentação se expressa na divisão técnica e social, que reproduz as divisões por classes da sociedade. Há uma divisão do trabalho manual e do trabalho intelectual colada a uma valoração social, no caso do segundo, mais reconhecido, ficando por outro lado o trabalho de menor reconhecimento social, o manual, executado por trabalhadores pertencentes a classes sociais menos favorecidas, que não tiveram condições de acesso a melhores condições de vida, de trabalho e escola. Há outra divisão, que é técnica e também social, outorgada pelas diferentes formações específicas por categorias profissionais: médicos, enfermeiros, dentistas, assistentes sociais e muitos outros, havendo ainda, internamente a algumas delas outras sub-divisões, como por exemplo, o caso das especialidades médicas (pediatria, cirurgia, oftalmologia e outros).

Essa fragmentação do trabalho está muito arraigada em nossa concepção de trabalho em saúde, fazendo com que na maioria das vezes a tomemos como natural e sem perceber, isso nos leva a produzir nossa própria desumanização e a de quem atendemos. O foco do trabalho passa a ser a produção de atendimentos e de procedimentos voltados para a demanda, conformada numa perspectiva de consumo de produtos que “resolvam” magicamente os problemas de saúde e doença. Imaginário de valores construído socialmente a partir de importante investimento da mídia e dos detentores de capitais das indústrias farmacêutica, de equipamentos médico-odontológicos e áreas afins, no sentido de configurar a prática da medicalização.

Além disso, a naturalização das posições na relação entre os diferentes trabalhadores da equipe pode se reproduzir na relação trabalhador-usuário, levando mais comumente a relações de subjugação,

exploração, dominação e mitificação produzidas pelas diferenças sociais, de poder e de prestígio social (BAREMBLITT, 1998), que tenderiam ao apagamento pela igualdade de direitos e homogeneização do conjunto de usuários, que paradoxalmente não têm direito a singularidade.

A reprodução dessas relações leva a impotência da maioria, quantitativamente falando, que na verdade é minoria em poder.

Um caminho possível para encontrar saída para esta impotência pode ser uma análise coletiva do trabalho, a ser realizada no lugar de sua produção, pelos próprios trabalhadores. Essa análise coletiva, segundo a proposta da análise institucional, promove a autoanálise e autogestão.

A esquizoanálise de Deleuze e Guattari constitui uma das tendências de análise institucional (BAREMBLITT, 1989, 1996). Ela consiste na produção de pensares, na montagem de dispositivos com a finalidade de inventar processos produtivos, criativos que neutralizem os movimentos de reprodução e anti-produção sociais, o que nos parece coerente com a proposta e o desejo de busca de algo novo na saúde, desejo de encontrar novas formas de agir que abram brechas para um viver mais humano. A proposta básica da esquizoanálise é a de “introduzir o desejo na produção, e a produção no desejo”, e neste processo produtivo viabilizar a auto-realização permanente do ser do devir⁷ (BAREMBLITT, 1998).

O conceito de produção na esquizoanálise vai além da concepção de Marx, de uma matéria-prima que é transformada pela ação de instrumentos e forças de trabalho em um produto final:

[...] a Produção “se produz a si mesma”, seus elementos se PRODUZEM AO MESMO TEMPO EM QUE FUNCIONAM, e que, no caso da superfície de Produção, fazem-no pelo encontro casual das intensidades, que são caóticas e imprevisíveis [...] (BAREMBLITT, 1998, p. 52).

A produção se efetiva realizando a realidade, engendrando máquinas desejantes, de produção de devir, de criação, de multiplicação de tudo o que existe, num processo em que diferença e repetição emergem como linhas de “diferenciação criadora”. Essa diferenciação se faz pela “diferença de

⁷ Para Deleuze e Guattari a “substância da realidade é o ser do devir”. É a potência de produção do novo. É a pura diferença em permanente movimento e mudança (BAREMBLITT, 1998).

intensidade' como 'razão sensível', intensidade entendida como acoplamentos parciais em que cada elemento presente num acoplamento remete a acoplamentos de ordem distinta" (ORLANDI, 2000, p. 59).

O desejo na esquizoanálise é definido tendo por base a concepção de Freud, mas não como força criada pela falta, e sim de Processo Primário como uma força inconsciente, uma energia que flui positivamente impulsionando a busca de prazer levando a produção desejante do novo, do inédito, do que não existe (BAREMBLITT, 1998).

Essa produção de desejo, no entanto, pode não ser pela criação e invenção de novos universos de referência para produções desejantes; pode se configurar numa produção maquínica de subjetividade de produção de subjugação, repressão e naturalização do viver para dominação e exploração.

Aqui se coloca o desafio da articulação da economia do desejo com os avanços técnico-científicos para o qual Félix Guattari (1981) propõe:

[...] uma profunda transformação das relações sociais em todos os níveis, um imenso movimento de 'retomada' das máquinas técnicas pelas máquinas desejantes, o que denomino 'revolução molecular', correlativa da promoção de práticas analíticas e micropolíticas novas, [que] permitirão alcançar um tal ajustamento (p. 172).

Isso implica na promoção de processos auto-analíticos para ajustamento do destino das lutas contra dominação e exploração, que penetrem nos universos estratificados e cristalizados pela lógica capitalista, pelas brechas que permitam passar os fluxos de intensidades que viabilizem a produção de desejos e de vida.

Nesta ótica podemos pensar o desafio da saúde, ainda uma prática estruturada e estratificada pela lógica capitalista, que produz a reprodução da sociedade e dos interesses hegemônicos, que reclama pela "retomada das máquinas técnicas pelas máquinas desejantes" e pela conformação de novas micropolíticas, voltadas para as necessidades daquele que sofre, para a produção do cuidado.

O caminho da esquizoanálise passa pela produção de um mapa, uma *cartografia* do vivido. É "um processo de investigação, de produção de conhecimento e de aplicação dos mesmos, para transformar o mundo".

(BAREMBLITT, 1998, p. 54). Vai-se raspando a Superfície de Registro-Controle que afetam o território interessado, isto é, entender e denunciar a lógica dos valores que vigoram naquele território, que define o que é normal e o que não é, o que pode e o que não pode. Ao fazer isso, torna-se necessário também destruir as leis que mantêm os valores, as mentalidades que não fazem mais sentido, denunciar e destruir as estratificações, os estereótipos, os preconceitos. Ao mesmo tempo que tem a tarefa de inventar modos de viver, outros valores, produções artísticas, técnicas ou políticas que defendam o direito à vida.

A esquizoanálise coerente com a postura crítica às metodologias e certezas científicas adota como método de construção teórica a bricolagem⁸ (BAREMBLITT, 1998, 200-?). Permite uma mistura de elementos os mais diversos, que podem aparentemente não ter nada a ver entre si, mas que ao serem dispostos formam um quadro cuja beleza pode ser apreciada e recriada pelo apreciador, multiplicando singularmente o sentido da obra. O que importa é que cada elemento na associação arma-se com os outros potencializando forças produtivas ao mesmo tempo concretas e virtuais.

Na construção teórica da esquizoanálise Deleuze e Guattari

[...] praticam este método, mas com características peculiares: primeiro, eles pegam um fragmento, um conceito ou um discurso de qualquer campo de saber; trazem ao campo próprio, mas eles não redefinem, eles simplesmente inserem - como faz o selvagem -, pegam e armam [...] (BAREMBLITT, 200-?, p.5).

No campo da saúde precisamos dessa inventividade para criar com elementos variados novas micropolíticas que permitam montagens de máquinas desejantes de produção de cuidado, de solidariedade, de alegria.

⁸ “O *bricoleur* é o que executa um trabalho usando meios e expedientes que denunciam a ausência de um plano preconcebido e se afastam dos processos e normas adotados pela técnica. Caracteriza-o especialmente o fato de operar com materiais fragmentários já elaborados, ao contrário, por exemplo, do engenheiro que, pra dar execução ao seu trabalho, necessita da matéria-prima”.(Nota dos tradutores do livro O pensamento selvagem de Lévi-Strauss. São Paulo, Nacional/EDUSP, 1970, p. 37).

PSF e a sociedade mundial de controle

O que nos parece essencial para impactar o *socius*: sensibilizar as pessoas - trabalhadores e usuários - tomar como foco de atenção da saúde a produção de cuidado e de vida e assim produzir, talvez quem sabe, a metamorfose da saúde.

Não cabe temer ou esperar, mas buscar novas armas (DELEUZE, 1992).

A importância do PSF no sistema de saúde do Brasil é notória, principalmente no nordeste do país, onde se obteve impacto significativo nos indicadores de saúde em razão da pouca oferta de serviços ali existente. Nos grandes centros, especialmente nas regiões sul-sudeste onde há importante rede de serviços de saúde de complexidade variada, temos o desafio de enfrentar uma disputa de interesses e de projetos de atores diversos para criar uma cultura cuidadora na perspectiva da promoção da vida.

Temos também de refletir acerca das questões mais gerais da sociedade, de como esta se organiza para enfrentar suas crises e quais as lógicas que governam a história social que estamos construindo.

Deleuze (1992) discute a constituição de uma nova ordem mundial, a transformação das sociedades disciplinares, assim denominadas por Foucault pelas “sociedades de controle”. As primeiras se caracterizam pela organização através de meios de confinamento como a família, a escola, a fábrica, as prisões, o hospital. A crise atual atinge a todos esses meios de confinamento e faz surgir novas formas de organização social. Deleuze (1992) caracteriza essa nova configuração social, as “sociedades de controle” como o novo monstro que tem formas de controle rápidas e ao ar livre, não utiliza mais as paredes para demarcar os espaços sociais. Na saúde isso se traduz,

por exemplo, nos hospitais-dia, no atendimento domiciliar e agora mais recentemente no programa de saúde da família.

Faz-se um controle por modulação contínua, que não tem uma forma pré-definida, muda a cada instante e nunca termina. O controle se dá através de senhas que permitem o acesso, ou não, diferenciadamente. Os instrumentos utilizados não são mais as fábricas e suas máquinas, e sim, as máquinas de informática e de comunicação, computadores, internet, celulares, olhos eletrônicos, impondo-nos um regime de controle contínuo e instantâneo num espaço aberto. Pelbart (1993) identifica um novo regime de temporalidade, a instantaneidade, cujo ideal é o tempo zero e a distância zero.

Temos que ficar em alerta para que o PSF e o incentivo do Ministério da Saúde aos municípios a sua implantação (como tentativa de superação da crise da saúde) não seja capturado pela lógica da sociedade de controle, isto é, não se volte para os interesses do capitalismo de manter o mercado ativo e sob o comando dos detentores de capital, que hoje não se interessam mais pelos produtos e sim pela valorização da produção no mercado de capitais. Temos que nos atentarmos também para não nos deixar levar pelo regime da instantaneidade, esperando soluções mágicas de um programa que necessita de tempo para que suas ações possam alcançar seu propósito.

Vemos que o agenciamento para um projeto revolucionário de criação do novo enfrenta a disputa dos investimentos de desejo de manutenção do fazer hegemônico, tecno-científico, positivista, nosso velho conhecido, e vai se mostrando como reproduzidor do modo tradicional de se fazer saúde, capturado pelas disputas de mercado dos *experts*, pela alta rotatividade de pessoal nas equipes e ainda muito centrado no modelo médico. (MASCARENHAS; ALMEIDA, 2002).

Uma das dificuldades é a de romper com o modelo hegemônico. Nosso pensamento está impregnado pela lógica sobrecodificadora do Estado, das instituições que o conformam. Os *experts* em saúde, assim reconhecidos pela sociedade, colocam-se em ação, para cuidar das pessoas, tomando-as como aquelas que não possuem saberes e devem se submeter ao saber técnico. Não estamos ignorando a importância dos trabalhadores de saúde, de suas

especializações, seu domínio tecnológico. Queremos enfatizar a necessidade de refletir como propõe Baremlitt (1996): a serviço do que e de quem os *experts* colocam seus conhecimentos e saberes? Questão importante para rever a lógica hegemônica dos *experts* que dominam a relação trabalhador-usuário, que parece se chocar com os propósitos do SUS, da participação social e da produção de cidadãos.

O Ministério da Saúde (A ESPECIALIZAÇÃO..., 1999) anuncia preocupação com a eficácia do PSF apontando a necessidade de mudança na formação dos profissionais de especialistas para generalistas e que estes sejam habilitados a lidar com grupos familiares. Implementa também propostas para efetivar a reformulação da assistência e do ensino como Proesf⁹, Profae¹⁰, Polos de Educação Permanente¹¹ e outros.

O objeto de atenção é uma das principais questões do PSF (BRASIL, 1998a). Os trabalhadores e a população estão “acostumados” com a atenção médica individual, tecnológica. É preciso construir uma “cultura” da atenção familiar, de atenção à saúde, de atenção cuidadora e não de atenção à doença. Esta mudança nos parece mais fácil de se realizar pelo viés da população, mobilizada pela necessidade de atenção, adapta-se à oferta, mesmo que no início se crie expectativas de atenção médica individual e de medicalização no domicílio. À medida que a equipe vai trabalhando, pode reformular gradativamente essas expectativas e os conceitos do que é a saúde, a doença e a atenção em saúde da família. A população compreende que pode demandar à equipe de PSF questões que vão além do adoecimento biológico, concretizando demandas da produção sócio-histórica da saúde/doença como por exemplo, violência, drogas, desemprego, desigualdade, carências sociais. A produção desta demanda se faz pelo

⁹ PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família - é uma iniciativa do Ministério da Saúde, voltada para apoiar a organização e o fortalecimento da Atenção Básica à Saúde no País através da Estratégia de Saúde da Família em municípios com população acima de 100 mil habitantes.

¹⁰ PROFAE - Projeto do Ministério da Saúde para profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem e para qualificar os serviços prestados pela rede de atendimento médico-hospitalar instalada em todo o País.

¹¹ Pólo de Educação Permanente constitui a estratégia fundamental proposta pelo Ministério da Saúde, que no papel de gestor do SUS define em relação à “formulação das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores de saúde no Brasil” (BRASIL, 2003)

vínculo estabelecido nas relações cotidianas com a equipe, principalmente com as agentes comunitárias.

Do lado dos trabalhadores porém, esta mudança não se faz tão rapidamente. Há uma formatação instituída pela sobrecodificação do Estado, pela lógica da produção de procedimentos, pela formação técnica, pelos Conselhos profissionais que defendem a manutenção do âmbito de ação principalmente pelos interesses mercadológicos, pelas dificuldades de enfrentar um trabalho que parece como novo e diferente. Há uma segmentaridade bem definida dos fazeres — quem faz, como, onde, quando, com que instrumentos — muito bem estruturados. Como atender alguém em sua casa sem os equipamentos médicos disponíveis na unidade de saúde? A sensação de insegurança, o medo do não saber trabalhar na casa ou na rua, longe da área de proteção demarcada pela UBS constituem obstáculos que vem sendo enfrentados pelas equipes. Outro posicionamento dos trabalhadores em relação ao trabalho no PSF seria o daqueles que consideram um trabalho de baixa complexidade, algo simples, para o qual não há necessidade de preparo, podendo ser executado por qualquer trabalhador de saúde, de forma que, qualquer oferta realizada é suficiente. Posicionamentos nesta linha também influenciam no processo de mudança do objeto de atenção proposta.

A mudança de local foi instituída, da unidade de saúde para a casa, mas parece não ter sido suficiente para implementar uma mudança no modo de pensar, sentir e agir dos trabalhadores, quanto a implementar ações de saúde.

As demandas da população que ultrapassam o campo biológico, possíveis a partir do vínculo, vão descortinando o universo do não saber, fazendo o trabalhador se deparar com a falta de instrumentos em sua caixa de ferramentas para enfrentar tais problemas, e contribuem para esta sensação de insegurança e de “não dar conta”.

A inserção do agente comunitário na equipe é outra mudança concreta. Alguém que necessariamente deve ser morador da área, conhecer o modo de viver daquela gente, a sua história, seus sofrimentos e a forma de expressá-

los. Estes dados, são elementos que representam o instrumental de trabalho deste novo trabalhador.

Quando esse novo saber chega à equipe, ele desencadeia um processo de estranhamento, de desterritorialização dos trabalhadores tradicionais, que não sabem como lidar com o novo participante da equipe e com as informações que ele traz. Essa desterritorialização tem em si uma grande potência, de abrir fissuras para invenção de novas formas de agir, a partir do modo de vida, das dores e sofrimentos da população assistida, com o compartilhar entre trabalhadores e usuários de decisões, alegrias e frustrações. Esta é a potência de ir onde o povo está, de se deixar afetar e ser afetado pelo modo de viver do outro, de mobilizar-se pelo vínculo construído para se responsabilizar pelas ações, para acolher e promover vida pela simples alegria de estar com o outro. Esta é a potência do agente comunitário que “cola” no sensível, no humano, que aí se afirma. Põe em funcionamento uma máquina usuário-agente-equipe-recursos-do-estabelecimento-necessidades-desejos, que não vê tempo nem lugar ou qualquer outro impedimento, e cria no encontro, único e irrepetível, uma ação, uma obra singular cuja diferença se dá pelo sentido que faz para os envolvidos.

Toda força instituinte pode imediatamente ser capturada pelo instituído. O agente comunitário também está sujeito a “colar” no técnico, se assumir nessa direção, buscando modelar a demanda mais segundo a lógica da organização dos serviços e necessidades dos trabalhadores que da população, de certa forma esquecendo-se de que também é população, morador do bairro. Orienta-se por exemplo, pelas regras e normas, especialidades, número de vagas e horários, área de abrangência e outros. Este é um perigo, o de ficar preso a essa segmentaridade dura tão arraigada em nós, técnicos e população, e tão facilmente disseminável, que nos leva a ofertar e querer quase exclusivamente consulta médica e medicalização como instrumentos de intervenção em saúde.

Outro modo de capturar a força instituinte representada pelo agente comunitário se dá na equipe. Pesa o poder-saber dos técnicos, dos *experts* em saúde sobre o poder-saber (quase nulo no sentido do reconhecimento)

dos usuários-população. Numa luta desigual, o povo se cala, o usuário se submete, o agente comunitário se adapta (para garantir o emprego, talvez). Pesa igualmente a impotência desses mesmos técnicos-experts-especialistas diante do não-saber o que fazer com problemas nunca antes enfrentados no âmbito de sua especialidade e que agora atravessam seu dia-a-dia, mesmo que não queiram, com a presença e a voz do agente comunitário. Não encontram ferramentas para enfrentá-los, então os repelem. Assim, se produz a *não escuta* tanto dos usuários como dos agentes comunitários, e, se não há escuta, não há porque falar, não há troca nem diálogo, não há possibilidade de construir o acolhimento dialogado no processo de produção das ações de saúde (TEIXEIRA, 2001). Só resta submeter-se e ser “paciente”.

Não somos contra formas instituídas e organizadas de prestar cuidado à população, apenas acreditamos que as tecnologias podem e devem ser utilizadas a serviço do respeito à vida, para alívio do sofrimento do usuário e não para atender a outros interesses.

Acreditamos que o sistema de informação do PSF, o Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB), agiliza para a equipe o acesso aos dados de diagnóstico da população e de sua produção, representando um grande avanço em relação ao sistema de informação tradicional, cujos dados dificilmente retornam a equipe local.

Porém, na dinâmica da equipe, o SIAB assume mais as vezes de um instrumento duro, cujo uso torna-se burocrático, uma tarefa a cumprir, dados a coletar/checar nas visitas domiciliárias mensais. O lado sensível, humano, do afetar-se no encontro com o outro, afetar-se pelo contato com suas necessidades, pelo que está acontecendo no coletivo sai de cena. Até mesmo o olhar epidemiológico, do diagnóstico e planejamento em saúde muitas vezes fica de lado. Cai-se no controle contínuo das famílias, dentro de suas casas, um controle burocrático daqueles que representam risco para a sociedade. Como nos alertou Deleuze (1992), não há confinamento, mas há controle em espaço aberto. As agentes comunitárias executam o papel de buscar informações, completar as fichas de cadastramento e acompanhamento, e os usuários e famílias são colocados no papel de

mensalmente “dar” informações. Aqui há o que se pensar acerca do direito à saúde, cidadania, respeito à vida.

O PSF pode representar um perigo se se transformar em um instrumento da sociedade de controle, que estratifica o mundo e o viver, designando lugares, modos de viver, modulando desejos capitalísticos, olhando a tudo e a todos o tempo todo, invadindo privacidades. Ao mesmo tempo representa uma potência, de abrir passagem para se viver de modo mais coerente com nossos desejos, para o respeito às pessoas e suas necessidades, para o resgate e multiplicação dos sentidos do fazer saúde para trabalhadores e para usuários.

O PSF partindo de um *socius* caótico pode engendrar máquinas capazes de invenções, desamarrar as cordas que nos prendem, permitindo maior liberdade para a busca de novas criações.

A grupalidade e a relação trabalhador-usuário: a equipe e a população usuária.

Um grupo que cuida de outro grupo
se fazendo grupo
vai se cuidando.
(MATUMOTO, 2003)

Nascemos já inseridos em algum grupo e nos fazemos nos grupos. A família é o primeiro grupo a que pertencemos e a partir daí participamos de muitos outros, vamos nos constituindo através dessas relações sociais.

Podemos dizer que os fenômenos grupais estão sempre presentes em nossas vidas, como por exemplo, num encontro entre duas pessoas, como em uma entrevista, e na constituição de uma equipe de trabalho (BLEGER, 1995).

Existem várias linhas teóricas sobre grupos (BARROS, 1994a) e não pretendemos explorá-las e sim demarcar a diversidade de possibilidades de compreender os grupos, conceituá-los e vivenciá-los.

Para este trabalho adotamos o referencial dos grupos operativos de Enrique Pichon-Rivière para explorar a dinâmica de grupos, pois tem se mostrado um valioso instrumento para viabilizar ações de saúde, na perspectiva da análise institucional e da adaptação crítica e ativa à realidade favorecendo o protagonismo de seus agentes — trabalhadores e usuários.

Para Pichon grupo é “todo conjunto de pessoas, ligadas entre si por constante de tempo e espaço, e, articuladas por sua mútua representação interna, se propõe explícita ou implicitamente uma tarefa, que se constitui sua finalidade” (PICHON-RIVIÈRE, 1994, p. 124).

Embora haja diferenças conceituais e processuais entre equipe e grupo operativo, Martín (1990) afirma que é possível tomar os elementos da técnica como base conceitual que permita desenvolvimentos e modificações pertinentes, como por exemplo, o coordenador de uma equipe institucional — de saúde da família. Aprender e desenvolver alguns aspectos do papel de coordenador de grupos operativos pode ser facilitador para que a equipe realize sua tarefa e alcance os objetivos propostos (FORTUNA, 1999). O referencial pichoniano¹² de grupos constitui uma importante ferramenta de trabalho para o supervisor analista institucional.

Podemos dizer que o supervisor de equipes assume o papel de coordenador de grupos operativos nesta equipe, desempenhando o papel de co-pensador, ou seja, daquele que pensa junto, sobre os obstáculos que a equipe se depara ao realizar sua tarefa de produção de cuidado; ao se ver diante dos sofrimentos, dores, medos da morte, da loucura, da fome, e ainda, lidar com o impacto que todas essas questões geram no trabalhador. Cabe ao supervisor facilitar que a equipe busque visualizá-los, compreendê-los e modificá-los, assim como auxiliar ao grupo a pensar e dar significados sobre seu próprio processo (MANIGOT, 1987).

“A noção pichoniana de tarefa parece importantíssima a este respeito, se pensada como articulação da noção de trabalho de Marx com a noção de elaboração psíquica de Freud” (LANCETTI, 1994, p.169). O processo de trabalho transforma um objeto (matéria-prima) em um produto final através do uso de instrumentos operados por uma energia, a força de trabalho e também energias psíquicas (libido) que são deslocadas para esta produção. Para viabilizar sua ação produtiva, os grupos precisam lidar não só com elementos mais concretos, como matéria-prima e instrumentos, mas também com aspectos que favorecem ou dificultam a realização de sua tarefa, relacionados a essas energias que são mobilizadas (ou não) para o processo produtivo.

Nessa mesma linha, o referencial da esquizoanálise entende a produção do trabalho como articulação intrínseca de produção e desejo no campo social.

¹² Pichon-Rivière está incluído entre os precursores do Movimento Institucionalista. Seu referencial teórico faz parte das principais fontes da gênese conceitual do institucionalismo (BAREMBLITT, 1984 ; BAREMBLITT, 1989).

Essa articulação engendra máquinas produtivas desejantes, que em funcionamento libera e corta fluxos, concretizando ações, efetivando a realização do homem como ser inventivo, criador do novo (BAREMBLITT, 1998). É importante assinalar também que a produção desejante não se faz sempre numa perspectiva positiva. Podemos ter produções de subjugação e reprodução, e também até produções fascistas de opressão e repressão (DELEUZE, 1992).

Retomamos nosso desafio como trabalhadores da saúde, ou seja, romper com a reprodução das práticas e inventar novas formas de agir, novos universos de referência que efetivem o usuário como o foco central das atenções da produção em saúde nas perspectivas da cidadania, solidariedade e ética.

O trabalho em saúde, por sua característica de divisão técnica e social, fragmentou o trabalho e seu objeto, configurou conjuntos de saberes em disciplinas científicas, com objeto, método e técnica específicos, cuja aplicação prática se faz na clínica, e tem sustentação no modelo médico-assistencial tradicional. As diversas disciplinas no entanto, têm uma autonomia que é relativa, operam com saberes sempre parciais e provisórios, mas nem sempre assumidos como tal. As disciplinas na maioria das vezes atuam fixando-se em seus limites de objeto, método e técnica, excluindo tudo aquilo que os extrapola, de forma que, cada um dos profissionais lida com uma parte, perdendo a referência do que dá sentido ao seu fazer, a atenção ao usuário/família, produzindo empobrecimento e perda de sentido das práticas assistenciais.

O trabalho em saúde e a equipe se constituem concomitantemente ao realizarem-se, numa complexa rede de relações, de interesses e desejos, conscientes e inconscientes, políticos, econômicos, culturais, religiosos, éticos, etc (FORTUNA, 1999), sendo possível observar fenômenos peculiares à dinâmica de relações de um grupo, e não por serem resultado de simples contratação de trabalhadores de categorias diversas.

O trabalho em saúde implica na interação constante e intensa de um conjunto de trabalhadores para a realização da tarefa assistencial, do atendimento integral, da recomposição dos saberes e disciplinas necessários para o atendimento em saúde. (MATUMOTO et al., 2003).

Um passo importante na direção da invenção de novas formas de agir em saúde passa por essa recomposição de saberes e disciplinas, sem tomá-las como totalidade completa e sim algo sempre dinâmico, inacabado e incompleto. Barembritt (200-?) assinala que a partir da assunção da interdisciplinaridade pode-se iniciar a construção da transdisciplinaridade, isto é, cria-se novas articulações de saberes e fazeres, disciplinares ou não, numa colaboração mútua com o propósito de formular e resolver problemas, em que tornam-se possíveis agenciamentos para produção de multiplicidades e singularidades, subjetivações e alteridades, individuais e coletivas.

A equipe transdisciplinar pode se configurar um dispositivo revolucionário ou não. A potência revolucionária vem de forças que fazem a equipe funcionar como um grupo sujeito, que busca assumir o sentido de sua práxis, conjura totalidades e hierarquias, lida com seus limites e sem-sentidos buscando superá-los. Diferentemente, a equipe que funciona mais como grupo-sujeitado, tem um funcionamento vertical, hierarquizado para evitar a possibilidade de surgir alguma falta de sentido, impede movimentos criativos, opera por estruturação, totalização, unificação e agenciando enunciados estereotipados (GUATTARI, 1981).

Desta forma, o trabalho de equipe, um dos pilares fundamentais do Programa de Saúde da Família (BRASIL, 1998a; CIAMPONE; PEDUZZI, 2000), constitui-se um dos primeiros desafios para os trabalhadores: efetivar-se como equipe, especialmente na configuração transdisciplinar.

Bleger (1995) aposta no treinamento do conjunto de trabalhadores para trabalhar como equipe através de grupos operativos.

Lancetti (1994) explora elementos relacionados às dificuldades operacionais da realização de grupos com psicóticos, mas podemos pensá-las para os grupos em geral e relacioná-las às dificuldades da equipe efetivar-se como equipe.

Uma dessas dificuldades é a capacidade de continência do grupo, de “estar com outras pessoas sem que se responda a essas expressões de modo preconceituoso ou defensivo, proporciona um estado de acolhimento

incomum” (LANCETTI, 1994, p. 157). Na equipe podemos pensar na capacidade dos diversos trabalhadores em acolherem-se mutuamente em suas diferenças, superando a subjetividade capitalística que valoriza o funcionamento individualizante do viver. Com esse contato afetivo e a força solidária que se constrói, a equipe cria condições de constituir um processo de trabalho saudável e produtor de vida, lidando com as resistências às mudanças e criando formas de agir diferentes daquelas produzidas pelo polo paranóide, que hierarquiza e centraliza, limitando e cerceando processos criativos (BAREMBLITT, 199-?).

Superar o funcionamento individualizante da sociedade é perceber que para além e aquém do indivíduo há processos de produção de subjetividades que emergem no campo social. Há que se superar a idéia de indivíduo como UM, lógica que passa para a noção de grupo. Grupo como TODO, totalidade indivisível. Essa lógica constrói a dicotomia indivíduo-grupo e grupo-sociedade, demarcando o social como externo ao indivíduo. Há que se compreender como se fabrica um sujeito, nos processos de enunciação e de produção de subjetividade. O sujeito-indivíduo expressa um enunciado, que é sempre coletivo. Seu modo de viver, morar, falar, pensar, sentir, estão no campo social e são assumidos pelo indivíduo em sua existência, isto é, expressa o funcionamento de um certo modo de existência. Este modo de funcionamento pode realizar-se como um processo de homogeneização constituindo sujeitos-indivíduos como série ou como produção heterogênea que considera os múltiplos componentes dos processos de subjetivação (BARROS, 1994b).

Outro importante componente do campo de força da grupalidade seria a imitação, ou aquilo que se repete de maneira diferente, que possibilita emergir, nos encontros, vínculos através de simpatias, ressonâncias e afetos como devires, “unidades mínimas em constante transformação”, como o “Sentar-se em círculo, calar quando outros falam, os gestos que atraem outros gestos, os olhares, etc. — essas expressões vão gerando imitações em série e produzindo invenções” (LANCETTI, 1994, p. 162).

Essa produção de subjetividade na equipe de saúde vai sendo construída no dia-a-dia, nos encontros e desencontros, de intensidades,

ritmos e velocidades diferentes, aprendendo uns com os outros, repetindo gestos de formas diferentes, engendrando uma máquina produtiva, de produção, reprodução ou antiprodução, configurando a realidade do setor saúde. A efetivação da equipe enquanto equipe passa pela construção da grupalidade, entendida como produção de subjetividade (LANCETTI, 1994).

Uma definição de subjetividade, que Guattari (1990, p. 7) designa provisória, seria

o conjunto das condições que tornam possível que instâncias individuais e/ou coletivas estejam em posição de emergir como Território existencial auto-referencial, na adjacência ou na relação de delimitação com uma alteridade em si mesma subjetiva.

As instâncias individuais referem-se aos contextos sociais e semiológicos e aos posicionamentos da pessoa nas relações com outrem, por exemplo, na família, em relação aos costumes, as leis, etc. As instâncias coletivas não se referem somente à pessoa nas relações sociais, mas multiplicam-se, vão para além do indivíduo, no *socius* e também aquém da pessoa, em intensidades pré-verbais, pré-significantes expressas em ressonâncias e afetos. Essa multiplicidade além do indivíduo, no *socius*, manifesta-se, por exemplo através da linguagem e em instâncias identificatórias geradas pelos equipamentos coletivos, como as máquinas tecnológicas de informação e comunicação, computadores, internet, e também são geradas por dispositivos artísticos, políticos, econômicos, religiosos e outros. O que importa é que essa multiplicidade expressa opções pulsionais, afetivas e cognitivas; ou seja, para lidar com grupos e equipes, não se pode fazê-lo sem considerar os processos inconscientes, que tornam-se assim “*equipamento coletivo*” (GUATTARI, 1990, p. 8).

Por esses aspectos compreende-se que a produção de subjetividade não pode ser entendida sem se considerar os processos coletivos do mundo contemporâneo.

Retomamos Lancetti (1994) nos aspectos operacionais dos grupos: “o problema da condução: coordenar e liderar”. Isto refere-se ao trabalho do coordenador dos grupos que no nosso caso, discutindo equipes, referimo-nos ao coordenador da equipe ou gerente. Coloca o movimento dos grupos

em adjudicar ao coordenador o papel de líder, que, se assumido, dificulta o desenvolvimento do protagonismo dos integrantes, o caminhar do grupo com suas potencialidades, complementando o movimento do grupo de fugir da tarefa. Ao mesmo tempo, o coordenador precisa ser firme com as regras de funcionamento e atento às “expressões mais singulares e insólitas, quase imperceptíveis” (LANCETTI, 1994, p. 165) que podem provocar as mudanças mais radicais. É importante ressaltar que práticas revolucionárias e transversais não respeitam hierarquias, podem surgir apesar da segmentaridade instituída, das hierarquias oficiais, e passam como fluxos em mínimas fissuras, como linhas de fuga com potência instituinte.

Lancetti (1994) afirma que os grupos de trabalho são terapêuticos e que grupos terapêuticos são grupos de trabalhos e, para viabilizar essa produção, “precisam processar a angústia gerada na efetivação das tarefas, realizar seus objetivos, produzir subjetividades emergentes e não buscar mera reintegração social” (p. 169). Assim, no processo produtivo o grupo permite expressões do devir, da multiplicidade, que se produz no espaço-tempo grupal, que se realiza no aqui-agora do grupo.

E desta forma, retomamos novamente, produção e desejo, instâncias inseparáveis, nos grupos, nas equipes de saúde, na relação trabalhador-usuário.

A construção da grupalidade das equipes de saúde passa pelas condições que possibilitam ou dificultam a configuração de novas formas de conceber e lidar com os saberes, e a reconceituação da equipe não como totalidade, admitindo a incompletude, o inacabamento, a impossibilidade da uniformidade de idéias, de modos de ver a vida entre trabalhadores, ou seja, passa pela possibilidade de conviver com as diferenças. Essas reconceituações, ressonâncias e afetos vão constituindo novos territórios existenciais de referência a partir dos quais a equipe como um grupo de trabalho pode realizar ações de saúde, movida por forças conscientes e inconscientes de interesse e desejo.

A produção de conhecimento acerca do modo de funcionamento da equipe e a direcionalidade que sua produção aponta não é algo que se vê

facilmente, uma vez que, se há aspectos mais visíveis, grande parte de sua compreensão compõe-se num espectro mais oculto.

Uma das estratégias para lidar com esses processos das equipes é o trabalho de supervisão, através do qual as equipes realizam sua auto-análise e auto-gestão com a ajuda de um supervisor, geralmente externo.

Chamamos de supervisão o processo de análise e intervenção institucional de um serviço ou equipe de saúde. É um trabalho conjunto entre equipe de supervisão e equipe de trabalho, consórcio em que a primeira tem o papel de facilitar que a equipe de trabalho realize sua auto-análise e, no mesmo processo, sua auto-gestão (BAREMBLITT, 1996). Os trabalhadores vivem um processo de revisão de suas práticas cotidianas, reconhecimento dos limites e possibilidades do processo e dos resultados do trabalho em equipe, e também se analisam como sujeito da ação realizada. Desta forma, a supervisão funciona como um dispositivo para a construção de sujeitos, da grupalidade e de um projeto de trabalho.

Não estamos nos referindo à supervisão administrativo-gerencial de serviços de saúde realizada por especialistas segundo sistematização de normas e procedimentos técnicos preconizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1982; BRASIL, 1983) que é fundamentada no planejamento, organização e avaliação de serviços e tem objetivo centrado no controle dos processos e resultados obtidos segundo as normas e padrões previamente estabelecidos.

A supervisão foi introduzida nas ciências psicológicas pela psicanálise, embora a prática de trabalho supervisionado remonte da Idade Média. Com as transformações da grupoterapia, a supervisão também foi mudando sua concepção, metodologia e prática. Hoje não é mais considerada como uma *super-visão*, de alguém com visão privilegiada, de quem detém o saber desejado, mas como uma *co-visão*, um olhar atento, que assinala os caminhos trilhados pelo grupo supervisionado, de modo a favorecer que este perceba seu modo de sentir, pensar e agir (OSORIO, 1997).

Por sua vez, a equipe de supervisão também necessita, de ajuda, precisa ela mesma de supervisão, para realizar sua tarefa. Esta é realizada por um profissional externo que ajuda a analisar o vivido em um momento

posterior, trabalhando o “nublado”, os aspectos confusos, pouco claros para a equipe de supervisão e para a equipe da unidade de saúde, as dúvidas de como prosseguir para alcançar o objetivo auto-analítico, tanto em aspectos conceituais, práticos, mas também afetivos.

Com essa estratégia, a equipe de saúde vai se conhecendo, percebendo seus limites e potencialidades e se constituindo equipe na relação entre si e com usuários, famílias e outros grupos organizados.

Conhecer seu próprio modo de funcionamento instrumentaliza a equipe a identificar processos semelhantes na dinâmica grupal das famílias que também vivem relações, produção de vínculos, assunção de papéis ao realizar seus propósitos, num complexo processo que envolve necessidades, direitos, interesses, desejos, conscientes e inconscientes.

Nesse encontro do trabalhador com o usuário, temos em ação as forças de produção de subjetividades individuais e coletivas. Esse universo heterogêneo engendra máquinas produtivas por movimentos de liberação e corte de fluxos de intensidades, criando as condições para produção das ações de saúde. Essa produção pode ir ou não ao encontro das necessidades e desejos dos usuários, produzir autonomia ou dependência, ser respeitoso ou não, singular ou impessoal, ou seja, há uma multiplicidade de possibilidades de produção de ações que vão constituir a realidade que produzimos na saúde.

Queremos ressaltar a complexidade da relação de um grupo, a equipe, que cuida de outro grupo, a família, ambos com dinâmicas grupais próprias, em constante processo de produção da realidade e de subjetividades.

A capacidade da equipe acolher o usuário ou a família passa pela capacidade dos membros dessa mesma equipe acolherem-se, serem continentes em suas diferenças, estarem dispostos a práticas transversais, serem capazes de implicar-se na realização de suas tarefas, num processo de auto-análise e auto-gestão, tendo em vista a produção de conhecimento acerca do modo de funcionamento enquanto equipe e da direcionalidade que sua produção aponta.

A micropolítica da relação trabalhador-usuário na saúde. Os corpos se afetam

Questões sensíveis

*Quem
é mais sensível,
quem toca
ou quem
é tocado?*

*O que
é mais preciso,
carinho à flor
da pele ou broca
rente a pedra?*

*O que
é mais esperado,
sorriso, beijo
na boca ou caminho
que nos leve a perda?*

Andrade (1993).

O trabalho em saúde se faz num complexo processo de produção que se realiza no campo social e como tal vai se constituindo nas lutas sociais resultantes de duas espécies de investimentos, os pré-conscientes de interesse e os investimentos inconscientes de desejo (DELEUZE, 1992).

Para se pensar formas diferentes de agir nos parece que o referencial teórico-metodológico da esquizoanálise cujo propósito básico é “introduzir o desejo na produção e a produção no desejo” (BAREMBLITT, 1998) tem grande potência de iluminar novos caminhos. Busca-se examinar o atual modo de produção das ações de saúde, de forma que ao mesmo tempo que se analisa, reflete-se acerca dos sentidos e sem-sentidos das práticas de

saúde, dos estratos, segmentos, superfícies e territórios que as compõem, e já se maquina novas formas de fazê-las, possibilitando a criação de obras singulares e da mudança da lógica capitalística predominante.

O campo social se faz num complexo imbricamento de dois níveis sociais, o molar, referente aos estratos, segmentos, códigos instituídos, aqueles que definem as “regras do viver”, voltados para a manutenção e reprodução da sociedade tal como ela é. O outro nível, o molecular é o lugar das matérias não formadas, das energias em potência de vir a ser, onde se pode montar agenciamentos e máquinas de produção de desejos. É neste nível que podemos descobrir e produzir novas formas de viver (BAREMBLITT, 1996; GUATTARI; ROLNIK, 1999).

Queremos ressaltar que nessa diferenciação de níveis e de investimentos libidinais não há valoração de bom ou mau, e sim há igual contribuição dos dois níveis nos processos de produção, reprodução e anti-produção sociais. Os dois níveis coexistem simultaneamente, de forma que é possível atuarmos no nível molar, por exemplo, de forma emancipadora e no nível molecular de forma reacionária e conservadora, ou inversamente (GUATTARI; ROLNIK, 1999).

A micropolítica trata desse processo de produção de desejos, ou melhor, “a questão micropolítica é a de como reproduzimos (ou não) os modos de subjetividade dominante” (GUATTARI; ROLNIK, 1999, p. 133). Trata portanto da problemática da economia do desejo, dos investimentos libidinais que fazemos.

Assim conceituada, entendemos que a micropolítica está presente em toda parte, portanto também no processo de trabalho em saúde, no encontro equipe/trabalhador-usuário, instante em que forças de interesses e desejos entrarão em jogo para produção das ações de saúde como práticas conservadoras, emancipadoras, criativas, etc.

Precisamos compreender a produção de subjetividade, e sua articulação com o modo de funcionamento dos estabelecimentos de saúde.

O sistema capitalista tem sabido lidar com os processos de produção de subjetividade a seu favor, utilizando equipamentos e estratégias altamente

eficazes como, por exemplo, as máquinas de informação e comunicação, produzindo subjetividades voltadas para seus interesses, produzindo a lógica da individualidade para o consumo e geração de lucro, produção de subjetividade serializada, subjetividade capitalística. Esta subjetividade na saúde engendra as máquinas de produção do modelo médico-assistencial privatista, centrado na lógica da produção de procedimentos ou mesmo através dos sistemas de atenção gerenciada (MERHY, 2002), cuja finalidade última desemboca na defesa dos interesses dos donos do capital do setor.

Outro elemento importante da micropolítica no campo social é a montagem de uma espécie de sistema de culpabilização. Referimo-nos ao freqüente movimento de busca de parâmetros externos à experiência vivida, para uma espécie de comparação. Esse movimento de comparação com outras experiências acaba funcionando mais como fator inibidor de tudo aquilo que escape do modo de funcionamento hegemônico, que não se enquadre nas estrias da superfície de registro e controle e assim resulta num bloqueio dos processos de transformação. Em outras palavras,

no plano molar, a transgressão (...) gera culpa e, (...) no plano molecular, o desmanchamento que não desemboca em coisa alguma, gera enlouquecimento (e medo) (GUATTARI; ROLNIK, 1999, p. 138).

E se a problemática da micropolítica é a de como reproduzimos ou não a subjetividade capitalística, outra questão se coloca (GUATTARI; ROLNIK, 1999): se por um lado, no campo molar rapidamente identificamos o inimigo, algo a se contrapor concretamente, com contornos definidos, um líder de oposição por exemplo, de outro lado, no plano molecular, fica difícil identificarmos o inimigo, por uma espécie de cegueira, pois estão muito próximos de nós, são nossos amigos, nós mesmos, com nossos investimentos inconscientes de desejo, que podem ser anti-revolucionários. (DELEUZE, 1992).

Mas, como dizem Guattari e Rolnik (1999, p. 31), a produção de subjetividade “não é passível de totalização ou de centralização no indivíduo (...) é essencialmente fabricada e modelada no registro social”. A subjetividade é produzida a partir de elementos do campo social e material,

que se relacionam num sistema de hierarquização próprio do contexto, não havendo relações hierárquicas pré definidas e obrigatórias (TEIXEIRA, 2001). A produção de subjetividade vem de processos de singularização, movimentos que permitem que o inconsciente proteste contra a subjetividade capitalística através de percepções e sensibilidades, notáveis em pequenos gestos, expressões dos afetos que passam pelo corpo, quase imperceptíveis, que conformam novas formas de viver, pautada em valores de novos registros de referência, uma revolução molecular.

O trabalhador se constitui neste emaranhado; põe em ação seus desejos compondo essa micropolítica, afetando e sendo afetado na dinâmica do trabalho em saúde, nos encontros com outros trabalhadores e com os usuários, seus familiares e seu modo de vida.

O usuário, enquanto pessoa da comunidade, nesse emaranhado social se constitui refém da lógica hegemônica do poder/saber dos *experts*, especialmente do médico. Submete-se a ele e o confirma, muitas vezes abrindo mão de seu próprio saber sobre sua vida.

Olhar para a dinâmica das relações entre trabalhadores e usuários nos remete ao campo da micropolítica do trabalho em saúde, e neste, às questões do acolhimento dos usuários, do trabalho em equipe, da finalidade do trabalho, da gestão do processo de trabalho e a relação com o resultado produzido que se atravessam e transversalizam num complexo emaranhado.

Assim podemos ter multiplicidades de possibilidades de encontros, com movimentos de atração e repulsa, compondo máscaras para expressar os afetos e construção de territórios de referência, que configurarão a realidade numa produção imanente de produção e desejo (BAREMBLITT, 1998).

Na relação entre trabalhadores podemos ter a montagem de verdadeiras máquinas de produção compostas principalmente por trabalhadores diversos, podendo ou não conseguir elaborar a articulação de saberes e de não saberes, potencializando ou não intensidades e afetos, possibilitando a construção de subjetividades, de novos territórios de referências e de práticas transversais cuidadoras (GUATTARI, 1981).

A transversalidade é uma dimensão que pretende superar os dois impasses, o de uma pura verticalidade e o de uma simples horizontalidade; ela tende a se realizar quando uma comunicação máxima se efetua entre os diferentes níveis e sobretudo nos diferentes sentidos. (GUATTARI, 1981, p. 96).

No cotidiano os trabalhadores nem sempre conseguem essa articulação que possibilitam práticas transversais. Observa-se que, em contato com o usuário e suas demandas, depara-se com diferente, para o qual muitas vezes não encontra ferramentas para trabalhar.

A situação leva o trabalhador a operar predominantemente com as linhas de segmentaridade duras, as lógicas instituídas pela sobrecodificação do aparelho do Estado atravessando o campo do acolhimento do usuário com suas próprias questões (seus projetos, desejos, satisfações e insatisfações, disponibilidade para abrir brechas, etc.) e com questões da organização do serviço. Alguns exemplos disso: o princípio organizativo de regionalização na determinação da aceitação ou não do usuário para atendimento, o acolhimento condicionado ao número de vagas de consultas médicas, ao horário de chegada e muitos outros.

O acolhimento por sua vez deve configurar-se como um campo de transversalidade, que, para se realizar, propõe que o trabalhador ultrapasse instituídos, rompendo regras e normas, criando caminhos e soluções, tomando como referencial o seu projeto assistencial.

Nesse complexo cruzamento de campos, linhas e territórios, temos também a questão da micropolítica do trabalho vivo na saúde e de sua ação nas dobras¹³ da gestão dos estabelecimentos de saúde e de seus resultados (MERHY, 1997, 2002). Os estabelecimentos de saúde são o lugar em que se governam os processos institucionais, ao ser o espaço de formulação e decisão de políticas. São também o lugar onde se pode imprimir uma certa direcionalidade aos atos produtivos ao governar os processos de trabalho.

Na ótica da micropolítica, o processo de trabalho está sempre aberto à presença do trabalho vivo em ato, possibilitando ao trabalhador criar brechas para fazer passar seus desejos e afetos, inventar novos processos

¹³ A idéia de dobra no sentido de uma dobradura, de um plissado, de uma articulação leve, de um movimento de pensamento (NANCY, 2000).

de trabalho, interrogando os velhos processos de trabalho cristalizados, promovendo uma descaptura desses mesmos processos.

Merhy (2002) decompõe as linhas da micropolítica da gestão e da produção do cuidado em saúde, mostrando as tensões da reestruturação produtiva que marcam as instituições que vivem uma transição tecnológica, demonstrando que o trabalhador opera mais como cuidador do capital do que cuidador do usuário. As tensões da captura da produção do cuidado pelo capital e as tensões da força instituinte do trabalho vivo em ato que não se deixam capturar por completo se evidenciam no atravessamento que as questões do trabalhador provocam no campo da produção do cuidado e do acolhimento. O trabalhador de saúde, do lugar do saber técnico, carrega em sua caixa de ferramentas principalmente as tecnologias duras e leve-duras, sem saber que as tecnologias leves, estão virtualmente ali presentes, e serão postas em ação de algum modo, mesmo que inconscientemente.

No momento da ação, no encontro com o usuário, o trabalhador pensa estar utilizando todo arsenal disponível em sua caixa de ferramentas, necessário para por em andamento uma proposta assistencial. Mas não percebe que pode ser produtor/mantenedor da própria opressão, uma vez que somos produto e produtores de uma sociedade construída e desenvolvida sob o mito fundador representado pela idéia de servir aos interesses dos que mandam e sempre mandaram. Esta representação permite que nossa sociedade tolere as mais diversas formas de discriminação e injustiças e ao mesmo tempo permite ter de si mesma uma imagem positiva de fraternidade, de um povo sem preconceitos, formado pela mistura de raças (CHAUI, 2001).

Nesse contexto, o trabalhador utiliza a regionalização, a hierarquização por níveis de assistência e responsabilidade pelo atendimento, normatizações, regras, protocolos e rotinas, dando pouca ou nenhuma ênfase às questões subjetivas, ideológicas aparentemente invisíveis, mas que resultam muito mais em exclusão que inclusão, ou seja, há dispensa porque é de fora da área, porque *“não está agendado e não tem vaga”* para consulta médica, porque a queixa não é relevante, resultando em encaminhamento para outro serviço, outra especialidade, outro colega, outro horário.

A micropolítica na vertente da produção do acolhimento, da relação trabalhador-usuário, pode ser olhada através da linha da organização dos serviços que tem proposto o acolhimento apenas como mais uma etapa do processo de trabalho da unidade de saúde, como uma recepção melhorada, com sala, protocolos e trabalhador para este fim.

Sabemos que toda ação de trabalho sempre tem resultados que podem ser positivos, mesmo que predominantemente constituído por segmentaridades duras. Neste caso, pode-se apontar importantes resultados do acolhimento nesta perspectiva, pela garantia de acesso aos serviços de saúde e apresentando impacto na assistência à saúde, no perfil de morbidade, resultando na priorização do atendimento de casos agudos (MALTA et al., 1998). No entanto, o acolhimento como recepção qualificada captura seu caráter processual e da responsabilidade de todos os trabalhadores, segmentarizando os fazeres. Acolher é atribuição de quem está designado para esta atividade, desresponsabilizando os demais trabalhadores.

Entendemos que o acesso é extremamente importante para o acolhimento, mas não suficiente para a satisfação das necessidades dos usuários, tendo em vista a complexidade do fenômeno saúde/doença e a multiplicidade de expectativas, necessidades e possibilidades de posicionamentos e respostas que podemos assumir no encontro trabalhador de saúde e usuário.

O acolhimento é processo, processo de relações, de produção de subjetividades. É produzido ao mesmo tempo em que produz as ações de saúde, implicando no envolvimento entre as partes (equipe/trabalhador-usuário), escuta, responsabilização pelo outro, pelo problema apresentado, pelo cuidado, bem como favorecendo o desenvolvimento da autonomia e cidadania do usuário.

Quando pensamos na potência do acolhimento como disparador para a mudança de modelo, não se está pensando em uma grande alteração estrutural, mas sim na sua produção em processo, como possibilidade de fazer fluir nas brechas do instituído os fluxos de intensidades desejantes, no interior do encontro, mas também na reflexão sobre as práticas atuais de

saúde, buscando identificar que sujeitos e projetos terapêuticos (MERHY, 2002) estão em disputa e em construção; quais valores e concepções de saúde/doença os norteiam, relacionando-os ao foco principal da saúde, o homem, suas necessidades e sofrimentos, e qual a direcionalidade dos resultados que se tem alcançado.

Deixar-se-ia a organização voltada exclusivamente para a produção de procedimentos enquanto atividade fim, direcionando-as a um dado projeto, o da produção dos sujeitos da ação, trabalhadores e usuários, antes de qualquer coisa, homens, seres de necessidades e desejos, cidadãos.

Nesse sentido, entendemos que a prática da auto-análise e a auto-gestão pelos próprios trabalhadores proposta pelo movimento institucionalista pode ser um passo na direção da reflexão acerca da prática do Acolhimento, na ótica da relação trabalhador-usuário, de favorecer a tomada de consciência e sensibilizar trabalhadores para um trabalho mais implicado, segundo os afetos e intensidades vividas no seio da própria relação com o usuário, de incorporar o acolhimento como uma tecnologia leve (MERHY et al., 1997) da caixa de ferramentas, e uma questão do campo de competência e responsabilidade¹⁴ de todos os trabalhadores de saúde (BUENO; MERHY, 1998; FRANCO, BUENO; MERHY, 1998; MATUMOTO, 1998).

Podemos dizer que os componentes do acolhimento são as formas como os usuários e trabalhadores produzem o atendimento, o autogoverno dos trabalhadores, a mútua representação entre os envolvidos, a objetivação do que é saúde/doença e do que é problema/necessidade de saúde, a capacidade dos trabalhadores identificarem linhas de fuga dentro da estruturação do trabalho, a plasticidade no uso das tecnologias (duras, leve-duras e leves) disponíveis, o preparo para a relação, o espaço-tempo destinado a ela, a comunicação e escuta, o responsabilizar-se pelo trabalho e pela ajuda ao outro

¹⁴ Campos (1997) utiliza os conceitos de competência e responsabilidade decorrentes da especialização de saberes e práticas, associando-os aos de campo e núcleo, compondo os conceitos de Campo de Competência e de Responsabilidade e Núcleo de Competência e Responsabilidade, definindo Núcleo como o conjunto de saberes e de responsabilidades específicos de cada profissão ou especialidade e Campo como os saberes e responsabilidades comuns a todos os trabalhadores independentemente de profissão ou especialidade.

a tomar conta de sua própria vida (MATUMOTO, 1998). Em suma, produzir acolhimento é produzir subjetividades no encontro trabalhador-usuário.

Suely Rolnik, em *Cartografia Sentimental* explicita os processos de produção de desejos, como afetam os corpos, no encontro de uma mulher e um homem, “No encontro, os corpos, em seu poder de afetar e serem afetados, se atraem ou se repelem.” (ROLNIK, 1989, p. 25). Explora o desejo em três movimentos¹⁵. Na saúde, no encontro trabalhador-usuário também podemos pensar em corpos que se afetam mutuamente, numa produção de desejo que esses mesmos corpos.

Um corpo sente, percebe, vê “coisas” que para o outro corpo não são visíveis, ao mesmo tempo entra em ação movido por interesses e desejos. Dentre a multiplicidade de possíveis neste encontro de corpos destacaremos algumas com base em Rolnik (1989): atração e repulsa dos corpos, mistura de afetos (eróticos, sentimentais, estéticos, perceptivos, cognitivos) e intensidades; composição de “máscaras” formadas pelas intensidades que precisam expressar os afetos concretamente, externalizá-los; construção de um território existencial a partir dos entendimentos possíveis pela expressão dos afetos e das intensidades.

Assim, podemos ter o corpo “que vinga”, “que dá certo”, que fecunda em sua intenção, de atender e ser atendido em suas necessidades de saúde, isto é, o usuário se sente acolhido e o trabalhador se sente satisfeito e realizado com sua produção. Os corpos se atraem e produzem ações cuidadoras, emancipadoras. Mas, o corpo pode “gorar”, o encontro pode “não dar certo”. O trabalhador não obtém sucesso em sua empreitada de trabalho e o usuário fica insatisfeito e carente de atenção. Observa-se movimentos de repulsa dos corpos, gestos de desrespeito, de exclusão. Esse corpo que “não dá certo” pode no entanto, ter saídas diferentes. Pode se constituir no corpo “que gora e gruda”. Nesta situação um dos corpos (trabalhador ou usuário) fixa numa posição, não consegue flexibilizar para que se realize a finalidade do encontro. No caso da atenção à saúde pensamos que cabe ao trabalhador a iniciativa do movimento de

¹⁵ Indicaremos entre aspas os termos que adotamos da autora, e outros que ajudem a clarear o sentido proposto.

flexibilização tendo em vista seu papel social de cuidador, sua posição de detentor de um saber e de uma responsabilidade para a produção de cuidado. Esta flexibilização é dificultada pela segmentaridade instituída, pelo predomínio da produção de subjetividade capitalística, pelo modo hegemônico de reprodução da sociedade. Outra possibilidade que gostaríamos de destacar para o corpo “que gora e não dá certo” é que a partir desse patamar ele pode “descolar”, ou seja, percebe que não deu certo e busca nova estratégia para o alcance de seu intento. Agora nos referimos tanto ao trabalhador como ao usuário, ambos com grande potência criativa para criar novos territórios referenciais em suas vidas e encontrar outros caminhos para realizar-se e satisfazer necessidades.

O desafio do trabalho em saúde é conseguir assumirmo-nos como corpo que muitas vezes “gora”, mas é capaz de “descolar” e sair em busca de novas formas de agir e produzir saúde.

P

lanejando a viagem pelo CSE Vila Tibério

Para conseguir explorar alguns aspectos habitualmente mais encobertos pelo dia-a-dia, da dinâmica das relações dos trabalhadores de saúde com os usuários dos serviços, empreendemos nessa viagem um estudo de caso de uma unidade básica de saúde do município de Ribeirão Preto, uma experiência vivida com a equipe, sob o referencial teórico-metodológico da análise institucional e da esquizoanálise.

O estudo de caso (TRIVIÑOS, 1994), permite um aprofundamento das análises do objeto de estudo, e, a análise institucional e a equizoanálise permitem a realização da auto-análise e a auto-gestão pelos coletivos interessados, no nosso caso, a equipe da unidade de saúde e nós pesquisadoras¹⁶. O mesmo processo que leva a equipe a análise de seu processo de trabalho, a leva também a elaborar intervenções práticas, configurando um tipo de pesquisa-ação (THIOLLENT, 1996, 1997).

Pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo. (THIOLLENT, 1996, p.14)

No entanto, o método esquizoanalítico se orienta por processos produtivos desejantes que levem a criação e multiplicação da realidade. Utiliza elementos que aparentemente podem parecer não ter relação uns com os outros. Realiza um trabalho de bricolagem, formando uma obra que possibilite ao criador e aos apreciadores criar outros mundos, outras produções, outras

¹⁶Lembramos que além da intervenção a experiência viabilizaria a elaboração de duas teses, esta e a de Fortuna (2003).

viagens. Neste aspecto a esquizoanálise faz uma certa ruptura com o paradigma científico, pois não se prende à busca de uma verdade, comprovadamente reproduzível e mensurável.

Assim este estudo de caso está sendo apresentado como uma cartografia, relatando as paisagens e as viagens, reais e imaginárias, vividas por alguém que vivenciou tão rica experiência. Paisagens psicossociais, cheias de afetos, de perdas e descobertas de sentidos, que ao serem escritas podem levar o leitor a afetar-se e a criar e explorar sua própria viagem. Viagens que deixam “marcas” dos encontros com o outro, que ao explicitar as diferenças “nos arranca de nós e nos torna outro” (ROLNIK, 1993, p. 244).

E toda essa vivência produtiva se fez no campo social, lidando com a complexidade da realidade, numa produção sócio-histórica, produzindo histórias, a partir de aproximações e apreensões provisórias da realidade, que nos levam a re-elaborações e reformulações do nosso modo de pensar, sentir e agir, criando mundos. Ou seja, a proposta metodológica aponta para o caráter dinâmico e provisório da investigação e da realidade.

Olhando para uma fotografia do CSE Vila Tibério: apresentando o local e o processo da pesquisa

O Centro de Saúde Escola "Profª Drª Maria Herbenia Oliveira Duarte" - Vila Tibério é uma das unidades do Centro de Saúde Escola de Ribeirão Preto (CSE), gerido pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (FMRP-USP) desde 1979 através de convênio, inicialmente com a Secretaria do Estado da Saúde e hoje com a Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto (SMS-RP). Tem como propósito o desenvolvimento de ações de assistência, ensino e pesquisa.

A unidade está localizada dentro da área de abrangência do distrito central, cobrindo os bairros Vila Tibério, Vila Amélia, parte do Jardim Conceição, Vila Junqueira Uchoa e parte da Vila Lobato, num total de 16.610 habitantes.

O CSE da Vila Tibério foi inicialmente um Posto de Puericultura e seguindo uma certa tradição, ao longo do tempo e das mudanças no setor saúde

foi configurando-se como uma unidade de assistência materno-infantil, concentrando suas ações na assistência integral à saúde da criança e da mulher.

Nos últimos três anos, a unidade incorporou as atividades do Programa de Saúde da Família com a alocação de uma equipe específica para viabilizar a formação de médicos em Medicina Geral e Comunitária. A unidade atualmente caracteriza-se como uma unidade mista, com assistência ambulatorial à saúde da criança e da mulher, e saúde da família. A situação configurou para a unidade o desafio de desenvolver as atividades de trabalho habituais e as novas, além de aprender a conviver com a incorporação de um novo grupo de trabalhadores, dividir o espaço físico, os recursos existentes, as atividades assistenciais, administrativas e de ensino e pesquisa, de forma a configurar uma nova forma de produzir saúde e experienciar uma mudança no atual modelo.

A equipe¹⁷ que atua na unidade é composta por profissionais de diferentes vínculos empregatícios (FMRP-USP, FAEPA¹⁸ e Prefeitura Municipal), sendo: 4 médicas pediatras (uma delas é a gerente da unidade), 1 médico ginecologista, 1 médico generalista (ESF), 2 enfermeiras (uma delas da ESF), 4 técnicas de enfermagem (uma delas oficialmente consta como da ESF), 2 auxiliares de serviço e 4 agentes comunitárias de saúde.

Além desta equipe, a unidade conta com outros trabalhadores: 1 docente do Departamento de Medicina Social da FMRP, 2 médicos residentes do Programa de Residência Médica em Medicina Geral e Comunitária, com foco na saúde da família, médicos supervisores nas áreas de Clínica Médica e Saúde Mental ligados à FMRP-USP.

O CSE da Vila Tibério empreende esforço constante de repensar suas práticas, motivado principalmente pela presença da Universidade na coordenação da implantação do Programa de Saúde da Família e pela participação de alunos (medicina, psicologia e enfermagem) e residentes em formação.

¹⁷ A equipe se manteve nessa configuração durante todo o período de coleta de dados. Em 2003 apresentou modificações com entrada e saída de alguns trabalhadores.

¹⁸ FAEPA – Fundação de Apoio ao Ensino e a Pesquisa, Fundação ligada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP.

A partir do final do ano de 2001, os trabalhadores da Unidade organizaram uma série de discussões na forma de Oficina interna, visando atender a uma programação decorrente da participação de alguns membros da equipe, especialmente a gerente da unidade, em atividades promovidas pela Secretaria Municipal da Saúde para discussão do modelo assistencial e da implantação do acolhimento na rede básica do setor público. Nessas discussões, o grupo de trabalhadores e principalmente sua gerente identificaram a necessidade de supervisão externa¹⁹ para trabalhar as dificuldades que a equipe encontrava no desenvolvimento de seu trabalho de busca de alternativas para mudança da prática assistencial. Assim sendo, a gerente e a enfermeira da unidade fizeram contatos para nos convidar para trabalharmos como supervisoras daquela equipe. O convite foi direcionado a Silvana Martins Mishima, Cinira Magali Fortuna e a mim possivelmente porque vínhamos nos dedicando aos estudos sobre gestão e organização do processo de trabalho em unidades de saúde, trabalho em equipe, e também na temática do acolhimento.

Realizamos algumas reuniões com a gerente em que foram explicitadas de nossa parte, a pouca experiência no trabalho solicitado, mas o grande interesse pelo desafio de executá-lo. Nesta oportunidade, também explicitamos nossa necessidade de buscar um local para desenvolver o projeto de pesquisa do doutorado dentro desta temática que a equipe desejava trabalhar.

Frente à urgência expressa pela gerente para o início do trabalho e o fato do projeto de pesquisa estar em fase inicial de construção²⁰ e ainda não aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, acordamos com a equipe da unidade que iríamos iniciar as atividades de intervenção seguindo a orientação metodológica da análise institucional acima referida, deixando

¹⁹ Chamamos de supervisão o trabalho coletivo de uma equipe de trabalhadores que busca conhecer seu processo de trabalho, os aspectos visíveis, mas principalmente aqueles invisíveis, que representam obstáculos para a equipe realizar sua missão. É uma prática usual do campo da saúde mental que não tem caráter administrativo-controlador e sim voltado para facilitar o grupo supervisionado a perceber seu modo de pensar e agir, potencializando positivamente suas ações práticas. Desta forma, um elemento de fora da equipe pode ser mais facilitador.

²⁰ Este aspecto representou um importante elemento de análise para a realização da intervenção e nos deu oportunidade de vivenciar o conceito de implicação em nosso duplo papel de supervisoras e pesquisadoras.

claro que parte do material poderia posteriormente ser utilizado para nosso estudo acadêmico. Assim, numa fase exploratória do cenário da intervenção/investigação, iniciamos as primeiras aproximações na unidade em Janeiro de 2002, realizando atividades de coleta de informações e observação para conhecer a dinâmica de funcionamento da unidade. As reuniões de supervisão da equipe iniciaram em março de 2002, semanalmente, com alternância de horário entre o período da manhã e da tarde para oportunizar a participação de todos os trabalhadores dentro do horário de trabalho.

Concomitantemente a este processo, fomos elaborando nosso projeto de pesquisa e o submetemos à direção técnica do Centro de Saúde Escola e ao Comitê de Ética em Pesquisa, em cumprimento à resolução CNS 195/96, obtendo autorização para realizá-lo. Os termos de consentimento livre e informado e a autorização do Comitê de Ética para realização da pesquisa encontram-se em ANEXO.

A coleta de dados para a pesquisa encerrou-se em dezembro de 2002 mas o trabalho de supervisão da equipe continua até o presente momento.

A viagem pelo CSE Vila Tibério

Estar em relação com outras pessoas é sempre algo inesperado, não se pode prever as bifurcações que o próximo cruzamento vai nos propor. Assim, corremos o risco e enfrentamos a incerteza. Colocamos o corpo para viver e sentir esta viagem cheia de surpresas.

Vivências anteriores com esta equipe²¹, de alguma forma, estiveram presentes neste trabalho através dos vínculos que se atualizaram, em mim e nos trabalhadores, configurando as paisagens dessa viagem, facilitando ou obstaculizando os trabalhos com a equipe, tendo em vista nossas afinidades, afetos, ressentimentos, preconceitos e muitos outros aspectos presentes nas interações, nos processos de subjetivação.

²¹ Trabalhei como enfermeira da unidade no período de 1985 a 1988. Alguns trabalhadores permanecem lá até hoje.

Emoções variadas, lembranças, velhos e novos afetos. Hoje a situação é nova, outros papéis a desempenhar. Novas tarefas e desafios pela frente! Construir um trabalho conjunto na direção de inventar um jeito diferente, mais consciente, mais humano, mais solidário de se trabalhar em saúde.

A unidade está no mesmo endereço, o prédio é o mesmo (adaptado com divisórias), alguns dos trabalhadores... Mas, a paisagem se transformou... Outros tempos, outros trabalhadores vindos de outros locais, com outras experiências, a proposta da estratégia Saúde da Família, novas demandas da população revelam as nuances das intensidades que ali se vive, encontros e desencontros de interesses e desejos, conscientes e inconscientes que conformam um jeito de assistir a população.

Vivenciar a análise desse serviço de saúde, com a própria equipe, seu modo de trabalhar, de funcionar, provoca estranhamentos em relação ao que é feito, por quem é realizado, para quem, como, por quem e quando, explicitando conflitos, contradições, satisfações.

Algumas coisas, antes essenciais, deixam de ter sentido, abrindo necessidades de outras, mas que outras seriam estas? E, quando identificadas, quão difícil é colocá-las em ação!

Aí se revela um paradoxo, mudou, mas nem tanto. Vai se evidenciando a força do instituído agindo pela manutenção de um modo de funcionamento.

Outros caminhos foram se abrindo nesta viagem, o re-encontro feliz e produtivo com Cinira Magali Fortuna, minha companheira de trabalho em várias frentes... na Secretaria Municipal de Saúde, em grupos operativos diversos, no Pólo de Capacitação em Saúde da Família, no doutorado, compartilhando as orientações e supervisões, viagens de férias... e a supervisão da equipe do CSE da Vila Tibério.

A construção dessa parceria foi essencial para realização dessa experiência e para o aprendizado do exercício de nos constituirmos uma equipe de supervisão.

Passamos nesta parceira por processos próprios dos grupos. Inicialmente, uma certa demarcação de nossas diferenças, nos atropelamos mutuamente nas falas, nas reuniões com a equipe, trabalhamos em

direcionamentos, às vezes até opostos, numa mesma reunião, condutas tipicamente de disputa e competição. Nessas circunstâncias, nós, enquanto equipe de supervisão, mais atrapalhávamos que ajudávamos a equipe de trabalhadores, contribuíamos para o não esclarecimento das questões em pauta.

Em outros momentos vivemos uma intensa fusão, nos misturamos, perdemos identidade, acentuamos potências e dificuldades, que mesmo trabalhadas em supervisão, também contribuíram para a não facilitação do processo grupal da equipe.

Outras vezes acertamos o passo e o compasso, conseguimos ajudar a equipe a enfrentar seus obstáculos, fomos capazes de ser continente, de suportar a ansiedade do grupo depositada em nós e assim funcionamos como facilitadoras do conhecer do grupo acerca de seu modo de funcionamento.

Esses processos não são lineares, de direção única. Vamos e voltamos, rodopiamos, caminhamos, empacamos, damos saltos e vôos, caímos, surfamos. Vivemos, compartilhamos. Afetamos e somos afetados por tudo e todos.

Aprender a trabalhar em parceria, compor com outro corpo uma máquina de ação para disparar processos em outros corpos, compondo outras máquinas e outras produções. Um processo, de estar com o outro, dinâmico, múltiplo e único ao mesmo tempo, que vai nos deixando profundas “marcas” “à flor da pele” que nos provocam “estados inéditos” e nos impõem “tornarmos outro” (ROLNIK, 1993).

Conviver com Cinira e compor com ela esta equipe de supervisão tem me deixado “marcas”, “impondo” o aprendizado de conviver em grupo, ser generosa, solidária, acolhedora, ser sensível à dor do outro. Estou aprendendo *“... a acuidade dolorosa das minhas sensações, ainda das que sejam de alegria; a alegria da acuidade das minhas sensações, ainda que sejam de tristeza.”* (PESSOA, 2002, p. 388).

É reconfortante para mim, que preciso do “acolhimento”, ter em Cinira “uma equipe” para acolher-me na alegria e na tristeza.

Nossa parceria se expressa no trabalho, no compartilhar a convivência com a equipe, nos pensamentos e reflexões presentes nesta

escrita e fora dela, mas também nos temas de pesquisa, na imanência de nossas teses. Somos duas que convivemos e lidamos, ora mais facilmente, ora menos, com nossos atravessamentos e transversalidades na construção dessa equipe de supervisão.

A equipe de supervisão também é supervisionada. Tivemos como supervisor Jorge Bichuetti, analista institucional da Fundação Gregório Barenblitt de Uberaba e do Instituto Félix Guattari de Belo Horizonte, apoio fundamental para efetivação de vários processos de construção, da equipe de supervisão, da intervenção institucional, e da produção de conhecimentos.

Falamos do Jorge que compartilhou conosco essa experiência aqui relatada, mas também referimo-nos ao que ele significa simbolicamente, como ferramenta desse processo de intervenção institucional e de produção de conhecimentos.

Na produção de conhecimentos Jorge ajudou-nos a construir a equipe de supervisão, a lidar com os obstáculos que emergiram no processo, a enfrentar o não saber, a suportar a ansiedade da incerteza do que poderia acontecer nos encontros com a equipe da unidade, a confiar e desenvolver nossa capacidade de atuar como analistas institucionais, a compreender e lidar com a dinâmica do nosso processo grupal, a competição, a fusão, o enfrentamento das diferenças, as dores e sofrimentos, as frustrações, as alegrias, as produções.

Nos encontros com Jorge Bichuetti, discutíamos as reuniões de supervisão realizadas com a equipe fazendo a leitura do movimento grupal, das linhas de forças ali presentes que geravam a produção das ações, do modo de funcionamento da equipe na lida das questões assistenciais cotidianas e discutindo estratégias de intervenção possíveis para o enfrentamento das dificuldades sentidas por nós, supervisoras, e pelos trabalhadores da equipe da unidade de saúde.

Na produção de conhecimentos acerca da intervenção institucional, Jorge figurou como símbolo da esquizoanálise, do método esquizoanalítico. Nos ajudou na aproximação a esse complexo e denso campo de conhecimento teórico e prático, e continua ajudando a perceber os conceitos

operando na prática, quando exercitamos a supervisão de equipes, quando atuamos como trabalhadoras da assistência direta, pertencentes a equipes, quando nos deparamos com o “encoberto”. Nos instrumentaliza com o encorajamento para a ação prática, com criatividade, alegria, serenidade, confiança. Este símbolo permanece operando dentro de nós, nos ensinando, compartilhando saberes e práticas. Uma presença firme e suave.

E os encontros com Jorge Bichueti se multiplicaram em cada encontro para supervisão e análise dos trabalhos com a equipe do CSE Vila Tibério, no Curso de Introdução à Esquizoanálise ministrado em Ribeirão Preto, em palestras e oficinas, sempre nos instigando e motivando com a energia, o brilho e a alegria de suas palavras, sorrisos e afetos, nos ajudando a perceber e a nominar as intensidades vividas, tornando único e singular cada um desses encontros.

E também a caminho destes encontros que iniciavam em Ribeirão Preto, perdurando os cerca de duzentos quilômetros até Uberaba, foram viagens em universos múltiplos, em que exploramos os relevos que podíamos ver, ouvir, sentir, cheirar, degustar, e outros, que sob apurada sensibilidade e sutileza, Jorge nos ajudava a desvendar e a enfrentar a natureza *nublada* dos caminhos.

O começo da viagem: como nos surge a demanda

Poderíamos dizer que esta viagem começou com um pedido. Mas esse não é exatamente o início, se é que podemos dizer assim.

No trabalho institucional, um dos primeiros passos seria realizar uma análise da produção da demanda. Baremlitt (1996) refere-se a passos de uma intervenção institucional *standard* ressaltando que as intervenções não se dão em condições ideais, os passos se misturam ou acontecem em outra ordem ou são pulados, ou seja, “age-se, mais ou menos, ‘como é possível’” (BAREMBLITT, 1996, p.105).

No institucionalismo, a compreensão é de que não existe demanda espontânea. Ela é sempre produzida em relação a uma dada oferta. Assim, no

contexto deste estudo, temos que pensar como oferecemos o serviço de supervisão para esta equipe, ou seja, como a demanda foi produzida.

Aqui se abre a questão da análise de implicação na produção da demanda, isto é, o analista vai olhar para como ofertou o serviço, quais seus limites e possibilidades de ação, os aspectos conscientes, pré-conscientes e inconscientes, como a demanda o afeta.

se a análise da implicação é a análise do compromisso sócio-econômico-político-libidinal que a equipe analítica interventora, consciente ou não, tem com sua tarefa, ela começa pela análise da implicação existente na oferta, ou seja, na produção da demanda. (BAREMBLITT, 1996, p. 107).

Em nossa supervisão, no primeiro contato para acorda-la, a primeira questão colocada foi a da análise da implicação.

Nos colocamos assim, no exercício de refletir: o que a gente significa para essas pessoas que nos contratam? Algumas colocações do supervisor nos põem a pensar: “vanguarda para mudança do modelo assistencial”, “duas guerreiras que não se acomodam”.

Percebo-me portadora de projetos, não só o da minha formação na pós-graduação, mas de um projeto que implica em uma opção política, ideológica e ética, acredito na mudança da saúde na direção da produção dos cuidados centrados no usuário. Projeto este que não é pessoal, mas de muitas outras pessoas, dentre essas, mais proximamente, um grupo de trabalho e de produção de conhecimentos coordenado por Silvana Martins Mishima²². Nesse sentido, alguns trabalhos desenvolvidos junto a equipes de saúde da família, na Secretaria Municipal da Saúde e no Pólo de Capacitação, por exemplo, podem ter contribuído para a produção desta demanda.

Quero registrar minha satisfação ao ser convidada pela equipe do CSE Vila Tibério para realizar o trabalho de supervisão, sentimento que imediatamente se desdobra em outro, — o medo frente a grande responsabilidade e o medo do fracasso: será que daremos conta? O outro lado desta questão é que, se recebemos esta demanda, é porque há o

²² Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da EERP-USP, nossa orientadora.

nosso oferecimento, o de alguém que detém um certo conhecimento, uma certa habilidade para este trabalho, seria o de especialista? Quanta onipotência! Contradição com a proposta da análise institucional, desconstruir a idéia do especialista como o detentor dos saberes. Vaidade? Lembramos o que nos diz Baremlitt (1996, p. 109):

A primeira coisa a ser feita é despojar-se da convicção de que a oferta de nossos serviços é lícita, válida, resolutive, etc., por que, pelo contrário, o que vivemos fazendo é lutar pela legitimação, pela autorização e pelo reconhecimento social de nosso serviço.

Outra questão essencial é colocar aqui a sensação de desconforto de viver uma pesquisa que começou antes do projeto.

Vivemos um duplo papel na relação com este grupo de trabalhadores. Fomos chamadas para fazer supervisão da equipe para o desenvolvimento de uma intervenção construída pela própria equipe e ao mesmo tempo seríamos investigadoras para a produção desta pesquisa.

Este fato gerou em nós²³ um obstáculo que viemos a perceber na supervisão: nosso contrato de supervisoras não estava muito claro. Não havíamos explicitado suficientemente as trocas possíveis nesse contrato. Não estava claro o nosso papel de supervisoras/investigadoras e nem o papel dos trabalhadores em processo de supervisão/intervenção institucional e de pesquisa.

A falta de discussão mais detalhada com a equipe sobre o contrato foi se revelando através de fatos vividos nas relações e na lida com o grupo. Um grupo resistente a nós, como se não nos aceitassem supervisoras, “esquecia” de fazer tarefas combinadas, priorizava outras atividades no horário da supervisão são alguns exemplos. Resistente na assunção das próprias decisões. Resistente a implementação dessas ações. Ao longo do tempo fomos percebendo que tomaram a supervisão muito mais como um projeto de pesquisa em que decidiram ajudar com a participação nos grupos, mas resistentes em assumir a auto-análise e a auto-gestão.

De nossa parte, iniciamos o trabalho com esta equipe sem nos assumir como supervisoras, não nos vendo como analista de grupos,

²³ Aqui voltei ao “nós”! Mesmo já tendo sido explicitado, convém mais uma vez reafirmar que Cinira Magali Fortuna compartilha comigo este processo de intervenção/pesquisa de doutorado. Ela estuda as relações entre os trabalhadores e eu estudo as relações dos trabalhadores com os usuários.

analista institucional. Incorporadas por um não-saber, assumimos a intervenção mais como aprendizes de analista institucional, ao mesmo tempo em que assumimos a pesquisa com o desconforto de achar que deveríamos ter prontos nossos projetos, sendo que era sabido por nós e pela equipe que o tempo de intervenção e o de pesquisa são diferentes. A intervenção foi prevista iniciar primeiro, pela urgência da própria equipe, devendo durar um tempo bem maior que o da pesquisa, cujos projetos estaríamos elaborando ao longo do processo subsidiadas pela própria vivência com a equipe.

Ainda sobre o contrato, não discutimos sobre quais seriam as trocas possíveis. A supervisão foi e continua sendo realizada sem pagamento em dinheiro. Parece que no imaginário dos trabalhadores e no nosso, estaria havendo um sobretrabalho que não está sendo pago, ou melhor, nós fomos mais ou menos pagas pelo nosso interesse na pesquisa. O nosso lucro para eles é o nosso doutorado. Não discutimos com a equipe que o doutorado é o produto da elaboração que vamos vivenciando, que será registrado por nós e não um sobretrabalho. Já para os trabalhadores parece haver uma sensação ou um medo de ser usado para uma pesquisa e não ter retorno da mesma: “claro que vocês vão tirar proveito (...) espero ter um retorno (...)” (Reunião da equipe - 08/03/02). Mas há uma angústia e sofrimento ao se depararem com as dificuldades do trabalho e com a resistência à mudança. “(...) isso é uma angústia muito grande, a gente tá colocando, falando, botando pra fora, mas nós vamos dar conta de resolver isso?” (Reunião da equipe - 15/03/02).

Realizar uma intervenção que vai se estender para além do tempo da pesquisa atualiza o desejo de ver a mudança na prática. Ansiedade criada pela pressão da velocidade do tempo que hoje a vida nos imprime? Tudo instantâneo, pela internet, pelo celular, fast-food. Reflexos da subjetividade capitalística contemporânea produzindo necessidades de consumo sem fim. Neste caso, necessidade de consumo mais imediato dos conhecimentos produzidos? Essa ansiedade é nossa, das analistas e também da equipe. Mas, essa produção precisa de tempo. Todo esse trabalho de explorar a paisagem daquela equipe em sua relação com os usuários, compreender,

teorizar, produzir conhecimentos é um investimento para produzir conhecimentos que dêem sentido à prática e possam ser usados no momento oportuno. Temos que suportar o tempo insípido até que chegue o tempo da criação. "A abelha fazendo o mel vale o tempo que não voou".

Enfrentar as incertezas inerentes ao próprio processo é um desafio (MORIN, 2000a,b). A matriz de aprendizagem, a objetividade da lógica cartesiana encarnada em nós nos faz perder o chão. A desterritorialização nos provoca a correr os riscos na busca de novos sentidos para o trabalho em saúde, descobrir novos territórios de referência.

Enfrentar a incerteza das ressonâncias que este texto pode provocar e saber que as conseqüências decorrentes são imprevisíveis. Um medo que se manifesta na dificuldade de escrever. Qual seria o obstáculo? Percebo-me resistente em apresentar este texto por não corresponder a um certo resultado que esperava obter, contrariamente ao que acredito e ao referencial teórico-metodológico adotado. Idealização. Sonho. Caio nas amarras da velha matriz da reprodução. Medo de escrever coisas que não sejam aprovadas pela equipe, medo de não ser aceita. Um medo talvez semelhante ao que fomos percebendo na equipe durante o processo de supervisão, que ao pedir ajuda para se verem, pediam, ao mesmo tempo, para que não mudassem. A equipe vai vivendo as dores de se ver, eu vivo as dores de me ver na dificuldade de escrever. Vamos nos percebendo na imperfeição (que onipotência!), na incompletude, no inacabamento.

Criando imagens de cenas temidas: a equipe com medo de ver como se relaciona, onde e como tem colocado o usuário no processo de trabalho vive a dor de ir-se percebendo no modo como vem se relacionando com o usuário, em muitos momentos, muito diferente do que imaginava. E eu vivo a dor e a angústia de ter de apresentar um processo em construção que ainda não atingiu os resultados que desejava. Apesar de saber da dificuldade e do tempo necessário para criar novas mentalidades e atitudes frente aos processos de produção social, caio na determinação da instantaneidade que nos impõe a subjetividade contemporânea.

Produzir esta análise implica na decisão pela finalização e portanto um posicionamento. A equipe se analisava e enfrentava grande dificuldade em colocar em ação seus projetos. Vou fazendo a análise, ainda que parcial, à medida do possível, mas há uma luta interna com a auto-gestão, neste caso, concluir uma tese de doutorado e me assumir autora.

Medo do fim, medo da separação da equipe da unidade, dos companheiros de viagem. Medo por quê? Prosseguimos com a supervisão da equipe ainda hoje. Medo de enfrentar o novo, resistência à mudança. Desconforto “fruto da violência de uma diferença posta em circuito, e é através do que ele cria que nascem, tanto verdades, quanto sujeitos e objetos.” (ROLNIK, 1993, p. 244).

Outros aspectos podem estar presentes em potência ou ocultos nessa paisagem coberta de nuvens, ora mais densas e escuras, ora mais parecidas com flocos de algodão. Esses ocultos podem vir à tona nesse processo que é muito dinâmico e intenso. No trabalho de supervisão, a análise da implicação estará sempre em questão para que possamos tomar consciência da multiplicidade de possibilidades de existir e do inacabamento que nos constitui.

É necessário também analisar outros aspectos da questão da produção da demanda, o lado de quem faz o pedido.

Os trabalhadores das equipes de saúde da família do CSE têm referido a necessidade de “supervisão externa” para facilitar o desenvolvimento das ações no Programa de Saúde da Família, mas encontram dificuldades em conseguir recursos para contratar serviços externos. O trabalho de supervisão das equipes tem sido utilizado mais freqüentemente na área de saúde mental, não havendo previsão de recursos para esta finalidade na estratégia saúde da família. Estamos nos referindo a recursos financeiros, de tempo de trabalho das equipes, de disponibilidade dos trabalhadores em participar desse tipo de atividade, de profissionais treinados para desenvolver a atividade. Assumir a necessidade de supervisão passa pela quebra da auto-suficiência, solicitar ajuda externa

pode representar incompetência, difícil de ser assumida pela onipotência, pelo lugar do saber e de prestígio de um serviço ligado à Universidade.

Mas, a necessidade de supervisão se agrava em decorrência das dificuldades enfrentadas no dia-a-dia. De um lado, fazer um trabalho que, por princípio, se propõe ser diferente, inovador, enfrentar as dificuldades de não se ter um caminho definido a seguir, de estar mais perto da realidade das famílias, de suas condições de vida, suas carências e sofrimentos. De outro, lidar com as dificuldades decorrentes da interação das duas equipes, a que já estava na unidade e a introduzida pelo PSF, no mesmo espaço. Faz-se necessário rever os papéis e os fazeres de cada um, os contratos e acordos de convivência já estabelecidos, explícitos e implícitos, principalmente em um serviço ligado à Universidade, instância máxima de reconhecido saber em nossa sociedade. Há necessidade de espaço para elaborar as ansiedades geradas no (do) próprio trabalho.

A equipe também parece viver dificuldades de comunicação ou de dizer mais claramente o que pensa, esperando que a supervisão possa dar vazão a esta necessidade. Em uma das reuniões iniciais, de discussão da proposta de intervenção ouvimos:

Alguém de fora percebe mais as coisas (...) Opinião de pessoa que não faça parte da equipe é mais ouvida (...) alguém de fora que ajudasse a olhar os conflitos (Reunião da equipe 25/01/02).

Alguns referiram a necessidade de participação de todos os trabalhadores nas reuniões de supervisão da equipe, mesmo que fora do horário de trabalho. Manifestavam preocupação com as ressonâncias que as ausências poderiam gerar — mal-entendidos, acordos não cumpridos pelos que não estivessem presentes, revelando aspectos do polo paranóide do funcionamento da equipe e uma idealização de ter que se fazer completa para poder resolver os problemas.

Estou preocupada que não são as mesmas pessoas que vão participar de todas (as reuniões) (Reunião de equipe - 08/03/02).

Estas questões parecem compor parte do pano de fundo da demanda explícita: “venham nos ajudar a lidar com as angústias do trabalho”, “está faltando a

equipe se entender”, ou seja, há um desejo/necessidade da equipe de encontrar formas de lidar com o sofrimento vivido no trabalho.

A equipe refere também o desejo de fazer algo diferente, que a destaque em relação às outras equipes de outros núcleos e unidades de saúde, que melhore o trabalho e atenda a necessidade de aprendizado: “expectativa de ajudar a olhar os pontos cegos”.

No transcorrer da supervisão vai se revelando uma ambigüidade nos desejos da equipe; por trás da demanda trazem um pedido implícito: “venham nos analisar, mas não nos permita nos ver, não nos permita mudar”, pedidos evidenciados nos movimentos de resistência observados e analisados na supervisão.

Aqui cabe citar Deleuze (1992) ao se referir à luta revolucionária contra o fascismo:

(...) se não se montar uma máquina revolucionária capaz de fazer cargo do desejo e dos fenômenos de desejo, o desejo continuará sendo manipulado pelas forças de opressão e repressão, ameaçando, mesmo por dentro, as máquinas revolucionárias. O que distinguimos são duas espécies de investimento do campo social, os investimentos pré-conscientes de interesse e os investimentos inconscientes de desejo. Os investimentos de interesse podem ser realmente revolucionários, e, no entanto, podem deixar subsistir investimentos inconscientes de desejo não revolucionários, ou até fascistas (p. 29).

Abrindo janelas para olhar a paisagem

Cartografar um mapa dessa viagem. Registrar as paisagens psicossociais buscando demarcar as linhas do relevo, os encontros e desencontros. Múltiplas paisagens, os sentidos se aguçam. Imagens, sons, sabores, odores, sensações diversas, intensidades variadas formam um só emaranhado.

Para explorar essas paisagens psicossociais utilizamos dispositivos (BAREMBLITT, 1996), montagens ou artifícios de quaisquer natureza inventados para provocar a produção de inovações, acontecimentos. Dentre esses, tomando a referência de Barros (1997), os grupos se constituem dispositivos em ação com potência de explicitar as linhas de força e de subjetivação, evidenciar os pontos de ruptura e enrijecimento ao mesmo tempo em que transformam, mudam a orientação, criam o novo, ousam.

Os espaços inicialmente propostos para desenvolver o trabalho de intervenção/pesquisa foram as reuniões de supervisão da equipe e as reuniões de discussão de casos²⁴, utilizando técnicas de grupos operativos, grupos de discussão, oficinas e outras.

A observação da dinâmica do funcionamento da unidade foi realizada nos meses de janeiro e fevereiro de 2002 e em março iniciamos as reuniões com a equipe, em encontros semanais com duração média de 90 minutos, alternando os períodos (manhã e tarde) para facilitar a participação de todos os trabalhadores da unidade. Os grupos da manhã tiveram em média dez integrantes e os da tarde sete, acompanhando a distribuição de trabalhadores, residentes e alunos, maior no período da manhã. Nenhuma reunião de supervisão da equipe aconteceu com menos de cinco trabalhadores.

Foram realizados até dezembro 36 reuniões com a equipe, sendo que destas somente três não foram gravadas em fita cassete. A primeira não gravada, de março de 2002, tratava-se do contrato de supervisão com a equipe, incluindo a autorização para as gravações; e as outras duas, do mês de julho não gravamos porque, conforme combinamos com a equipe no transcorrer dos trabalhos, não faríamos supervisão. Este fato será melhor discutido na análise por ter se configurado um importante analisador, denominado “A Parada”.

Acompanhamos 17 reuniões de discussão de casos de famílias, 4 no período de janeiro e fevereiro cujo registro foi feito em diário de campo, uma em abril e 12 no período de setembro a dezembro de 2002, todas gravadas em fitas cassete. A média de trabalhadores presentes nessas reuniões foi de sete a oito, sendo que a reunião com menor número de participantes contou com quatro trabalhadores.

Outras atividades desenvolvidas em conjunto com a equipe foram oficinas temáticas como parte do processo de intervenção. Estas não, neste momento, foram objeto de atenção de nosso estudo.

²⁴ São reuniões de discussão de casos de famílias abertas à participação de toda equipe para classificação de risco das famílias e construção dos projetos terapêuticos.

Todos os trabalhadores envolvidos autorizaram o uso dos dados registrados através do termo de consentimento livre e esclarecido. O material produzido como diários de campo e fitas cassete gravadas estão sendo tratadas conforme compromisso de nossa parte e recomendações do Comitê de Ética em Pesquisa, quando submetemos nosso projeto a apreciação.

O trabalho de auto-análise da equipe do CSE Vila Tibério foi desencadeado por disparadores temáticos sobre trabalho em equipe e processo de trabalho, seguidos de grupo de discussão ou de grupos operativos. Utilizamos também a ferramenta “fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde”²⁵ com o objetivo de abrir o processo de auto-análise do processo de trabalho pela equipe da unidade de saúde. O fluxograma funcionou como um dispositivo, pois na medida em que foi sendo construído, desde sua proposição, facilitou à equipe análise do seu modo de funcionamento criando novas compreensões e sentidos para o trabalho realizado e gerando acontecimentos.

O fluxograma é um diagrama que desenha o modo de organizar o conjunto de processos de trabalho e como se articulam entre si para compor uma certa cadeia de produção nos serviços de saúde (MERHY, 1997). Ajuda a representar o que acontece no processo de trabalho analisado, apresentando uma síntese de todos os processos chave que ocorrem e caracterizam o serviço de saúde.

Propor a construção do fluxograma pela equipe gerou movimento de resistência, pela própria natureza da atividade, mas também possivelmente devido ao fato de o contrato da supervisão estar muito emaranhado à produção da pesquisa, não estando explicitado o papel de cada um, como já colocamos na implicação. Resistência para coletar os dados, dificuldade em definir quem,

²⁵O fluxograma analisador utiliza símbolos universais. Uma elipse mostra o começo e o fim da cadeia produtiva, chamada representação de entrada e saída do processo global de produção. Um retângulo mostra os momentos nos quais se realizam etapas de trabalho importantes da cadeia produtiva, quando se realizam consumos de recursos e se realizam determinados tipos de trabalho cujos produtos bem definidos vão servir para abrir novas etapas na cadeia de produção. Um losango representa os momentos em que a cadeia produtiva enfrenta um processo de decisão de caminhos a serem seguidos; são momentos de perguntas e de possibilidades de percursos para atingir etapas seguintes e distintas. (MERHY, 1997).

quando, como coleta-los. A equipe manifestava que poderíamos coletar as informações e manifestava também não querer assumir a atividade como parte do processo de auto-análise, entendendo esse registro como um trabalho a mais, além dos já realizados no cotidiano. Outro movimento da equipe foi o de demonstrar que tem produzido muito trabalho, de ótima qualidade, acolhedor, reconhecido pelo nível central da Secretaria Municipal da Saúde como um trabalho de referência. Haveria aqui a expressão de que o trabalho sendo de referência pela qualidade não precisaria ser olhado tão detalhadamente?

A resistência à coleta de dados foi parcialmente vencida, ficando acertado que cada trabalhador faria o registro dos atendimentos realizados em um dia de trabalho para, posteriormente, realizarmos a análise do conjunto. O esforço empreendido revelou-se como uma cota de sacrifício para o bem comum.

O movimento de resistência se intensificou novamente nas reuniões seguintes quando iríamos trabalhar os dados coletados. Uma grupalidade ainda pouco estruturada, com laços de confiança frágeis, a equipe com competitividade acentuada, interna e externamente, foi revelando o medo do resultado não ser o idealizado, medo de ser olhado, criticado:

Med1 - (...) o meu receio é justamente isso, né? A possibilidade da gente ver, por exemplo, eu avaliar, estar vendo como o outro faz o seu trabalho (...) Que essa coisa não seja vista, por exemplo, a necessidade de melhorar significa que o meu trabalho tá ruim. (...) Que fique nessa perspectiva e gere um clima de muita... conflito, perseguição (...) Quando a gente olha pro trabalho da gente, a gente pode ver quantas coisas a gente poderia estar fazendo diferente, até pra ser menos desgastante (...) nesse momento (...) eu tenho uma expectativa, um receio, né? De que... assim, as tensões fiquem maiores, os conflitos fiquem maiores. (Reunião da equipe - 19/04/02).

Ao mesmo tempo, a equipe busca a se analisar e enfrentar seus problemas:

Enf1 - Acho que já teve um avanço, né? Tô lembrando de como começou isso, a discussão daqueles textos, que a gente tava com dificuldade, e a gente detectou que a gente tinha uma falta de acolhimento muito grande, né? Então tava muito difícil falar do outro, da gente... Acho que a gente avançou... Mas na medida que também a gente avança, evolui e cresce na vida, os problemas

crescem na mesma proporção... (...) Tem conflito, vamos lidar com isso... (Reunião da equipe 19/04/02).

Com a retomada do objetivo da supervisão/intervenção, de análise do processo de trabalho na ótica da saúde da família foi possível encorajar os trabalhadores a darem continuidade a tarefa iniciada e abrirem seus dados para o grupo para a construção do fluxograma. Trabalhamos a ênfase sobre a produção do coletivo e não sobre a quantificação da produção individualizada de procedimentos, até que alguns integrantes identificaram a oportunidade de melhorar o trabalho cotidiano:

Med5 - (...)o que tiver ruim vou melhorar, se tiver bom, que ótimo, vou melhorar mais (...) (Reunião de equipe - 19/04/02).

Embora os trabalhadores da unidade venham trabalhando juntos há algum tempo, a supervisão representa um dos poucos investimentos sistematizados no sentido do treinamento para trabalhar como equipe (BLEGER, 1995). Entretanto, alguns elementos que dificultavam a realização da análise do processo de trabalho da unidade foram se revelando, uma comunicação com obstáculos de diferentes ordens, mas principalmente sem oportunidades de esclarecimentos, de explicitação dos conflitos e elaboração deles, a pertença de seus integrantes pouco estimulada, a tarefa pouco clara.

Como exploramos o material para a análise

O processo de análise foi ocorrendo desde a etapa de aproximação ao campo e coleta de dados. A construção do conhecimento foi se dando através do compartilhar as vivências com a equipe, nos implicando ao fazer o trabalho, buscando ser continente às ansiedades da equipe, levantando perguntas que favorecessem apreensão, crítica e dúvida, em sucessivas aproximações a um objeto de trabalho: o próprio processo de trabalho da unidade de saúde. Esse processo que é histórico, é resultante de uma formação social e ideológica e, portanto, contraditória, transitória e sujeito a múltiplas compreensões.

Outro momento foi o da supervisão que foi se dando ao longo do processo. Realizamos dois principais movimentos de leitura: um pontual sobre um encontro ou um conjunto de dois a três encontros, e outro longitudinal, a análise dos encontros entre si ao longo do tempo. Essas análises iam sendo incorporadas na proposta de intervenção em que buscávamos lidar com os obstáculos que iam se revelando na dinâmica grupal da equipe. Nessas leituras buscávamos as linhas de forças presentes e em ação, que produziam fatos. Buscávamos perceber a direcionalidade dessas ações em relação ao projeto da equipe e ao contrato de supervisão acordado.

Um terceiro momento foi o de trabalhar sobre os registros dos diários de campo e sobre o material transcrito dos encontros. A identificação dos participantes foi por categoria profissional: ACS (agente comunitário de saúde), TE (técnico de enfermagem), Enf (enfermeira), Med (médico), Serv (servente), Res (médico residente), Est (aluno de graduação em estágio), Sup (supervisora) seguido de número seqüencial para identificação. Nas situações em que não foi possível identificar o falante para transcrição denominamo-lo “Integrante”.

Buscamos destacar, nas análises vividas pela equipe sobre o seu próprio processo de trabalho assistencial, aquilo que foi deixando de ter sentido, os modos de produção da captura da produção do cuidado e das possibilidades de fugir do modo instituído de se trabalhar e assistir nos serviços de saúde.

Neste processo, foram se conformando temas analisadores através da identificação das linhas que delimitavam segmentos e territórios de referência, compondo planos e platôs de intensidades diferentes e de múltiplas possibilidades de compor uma realidade.

Como parte do processo de supervisão, os resultados das análises foram intensamente vividos com a própria equipe ao longo dos sucessivos encontros, em devolutivas do movimento grupal, constituindo um instrumental para a construção das estratégias de intervenção e para a continuidade do trabalho com a equipe após o encerramento da coleta de

dados para esta pesquisa. O contato com tais resultados gerou nos integrantes da equipe diferentes reações, que também foram trabalhadas, de acordo com a vontade e possibilidade do próprio grupo e da equipe de supervisão, construindo as paisagens psicossociais pelos investimentos de interesses e de desejos, conscientes e inconscientes, que movem nossas ações.

Buscaremos aqui apresentá-los nesta cartografia, uma, dentre múltiplas, possibilidade de relatar esta viagem.

A

entrada: - Preciso de atendimento

Entre

A criação opera entre...
Somos co-autores, apenas,
Veículos, agenciadores...

O chão recebe a semente,
E a árvore procura o Sol.
Entre o chão e o Sol,
As árvores, num devir-vida,
Florescem e os frutos são...

Ser é devir-se, criar;
Inventar renovação...

Quantas mãos sustentam uma
pena?
No branco, infinitas cores
Misturam-se no céu da visão...
No poema, palavras e flores
Permite a um homem
Carregar dois, mil corações...

Encontro você e vejo-o
Múltiplas vidas
Múltiplos mundos....
Expresso - ônibus - avião....
Um trem, locomotiva....
Seres, ventos e deuses
Habitam seu peito pulsante
E faz do ser mutante
Algo mais que uma simples
ilusão.

Você me vê e me encontra
E, não me possuindo,
Não me estrangulando....
Não me tendo como espelho....
Não me fazendo sombra...
Deixa-me livre, para estar
Ao seu lado, porém, distante,
Longe, contudo, junto,
Junto do seu próprio ser,
Num emaranhado de vidas,
Vidas compartilhadas,
Multiplicando-se, assim,
Um encontro, devir-criação.

Jorge Bichueti (2000)

Vamos explorar a paisagem *entrada*.

Entrada que abre passagem, demarca espaços, mundos diferentes. Entrar dentro. Ficar no Entre, meio. E criar novos mundos.

A montagem do fluxograma funcionou como um dispositivo que nos ajudou a olhar o “entre” trabalhador-usuário no processo de trabalho da unidade de saúde, o encontro. Abriu janelas, uma delas é a *entrada*. Por ela vamos explorar algumas paisagens desse encontro trabalhador-usuário, equipe-família, nesta viagem, com esta equipe.

Entrada como um platô, um campo de imanência de desejos, de manifestações múltiplas de possíveis que compõem a realidade da unidade de saúde, um campo para criarmos novas viagens e explorarmos novas paisagens.

As várias portas de entrada na unidade.

A equipe identificou a existência de diferentes formas da demanda chegar até eles: a pessoa comparece à recepção da unidade, telefona, e, a equipe faz visitas domiciliares, e, se reúne para discutir casos prioritários, e, muitas outras. Centramos na caracterização de quem chega, o que demanda, como chega, o que está sendo feito com essa demanda que chega. Essa discussão e análise possibilitou-nos a explorar alguns aspectos do modo de funcionamento da unidade, das linhas de segmentaridade que delimitam territórios instituídos e organizam o cotidiano da equipe.

Na entrada de um serviço de saúde, de uma casa, encontramos sempre uma porta. Portas demarcam passagens. Definem linhas que demarcam territórios, linhas duras ou flexíveis que ora se abrem ora se fecham, ou ficam entreabertas revelando parcialmente o que se passa do outro lado. Criam mundos, incluem, excluem. Abertas, entreabertas ou fechadas têm por detrás um mundo de subjetividades que vão sendo construídos e revelados nas relações entre as pessoas, têm potência de constituir linhas de fuga abrindo passagens para múltiplas formas de produção do atendimento em saúde.

Antes da chegada à unidade, o usuário vive o momento de decidir se tem ou não um problema e o que deseja fazer. Um conflito em que se vê procurando alternativas para resolver seu problema ou sanar sua necessidade.

Alguns escapam do instituído, do hegemônico, consciente ou inconscientemente, e decidem não procurar a unidade de saúde. Entendem que ali não seria o local para demandar seu problema, baseado no aprendizado acumulado ao longo da vida, caracterizam-no como de outra esfera. Há situações em que, por intuição, preconceito, informação prévia de amigos, da mídia, ou mesmo por experiência própria, pessoal ou com a família, evita os acessos disponíveis aos serviços de saúde, pelo receio de passar pelo constrangimento de não ser aceito, de sentir-se excluído. Enfim, acredita que não adiantaria.

Batem em outras portas, do benzedor, do farmacêutico, do pai-de-santo e muitos outros que por sua eficácia simbólica (AUGRAS, 1986) também compõem a rede construída pela sociedade para cuidar. Não vamos explorar este universo pois a nossa problemática situa-se no campo dos estabelecimentos de saúde, mas entendemos esta alternativa de solução, um campo de demanda de atenção que a sociedade oferta.

Qualquer que seja a decisão do usuário, quanto ao caminho de solução para seu problema, não é uma decisão individual, de sua livre vontade. É tomada a partir de lógicas, leis, normas, pautas e valores que compõem as instituições sociais, que regulam as atividades humanas; e também pelo que essa mesma sociedade oferta como serviços de saúde. A decisão do usuário procurar ou não um estabelecimento expressa, por exemplo, a concepção de saúde doença que incorporou ao longo de sua vida e de suas relações sociais.

Quando o usuário define que é no serviço de saúde que pode conseguir alguma solução para o seu problema, ou quando é orientado ou sensibilizado, por exemplo, pelo agente comunitário de saúde, submete-se a um certo recorte pré-determinado do que o estabelecimento de saúde oferta. Isto desencadeia uma certa expectativa de atenção, segundo o que

entendeu que poderia esperar dessa oferta. Seu corpo se arma do desejo de encontrar outro corpo, de alguém que o ajude numa dada perspectiva.

Trabalhador de saúde e usuário vão se fazendo sujeitos, num emaranhado de implicações e de produção de subjetividades, referendando as forças instituídas que constituem a sociedade ou rompendo com elas, vão engendrando máquinas de produção, as mais diversas, múltiplas. Vão produzindo a realidade, que se faz através de processos de produção, reprodução, consumação e anti-produção (BAREMBLITT, 1998). Ou seja, na saúde, esses processos produzem, além das ações específicas, bens-relação, sujeitos e conhecimentos. Temos que reconhecer que essa produção da realidade, nem sempre é criativa, produtora de vínculo, acolhimento, satisfação e autonomia do usuário, pode ser capturada pelo modo instituído do funcionamento da sociedade, pelas forças de reprodução.

Assim se constituem os estratos que compõem nosso viver, estratos espaciais e sociais, como habitar, trabalhar, brincar, produzir saúde, demarcados por linhas de natureza diversa, conforme seu funcionamento: linhas de segmentaridade, duras, flexíveis, ou de fuga.

Essas linhas de segmentaridade e os processos de produção de subjetividade e também de produção da realidade conformam a micropolítica dos processos de trabalho em saúde, que se realizam no encontro trabalhador-usuário, como possibilidade de “introduzir o desejo na produção e a produção no desejo”.

Quando o usuário bate à porta da unidade.

A decisão do usuário comparecer ou não à unidade atualiza as linhas de segmentaridade casa - serviço de saúde, espaço de habitar - espaço de se tratar, de receber cuidados. Também demarca a segmentaridade da posição de usuário do serviço e as mais variadas posições dos trabalhadores de saúde, por exemplo, de médicos, enfermeiros, agentes comunitários, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais e outros.

Além das linhas de segmentaridade há também um processo de atualização das dimensões da realidade: o real (o que já existe), o possível (o

que pode vir a existir), o impossível (o que não pode ser nem real nem possível) e o virtual. Este último é o real potencial que não pode ser pensado, antecipado, só se conhece quando se atualiza, e sempre o faz como novidade (BAREMBLITT, 1998). O novo se faz no encontro do usuário com o trabalhador, com os serviços de saúde, com outros usuários, com familiares, e outros, e outros, gerando fluxos e potências, de expressão e interrogação, que geram linhas e fluxos, de intensidades implicadas que os diferenciam, que podem se multiplicar e cristalizar novas formas de agir em saúde.

Vamos enfocar a entrada da unidade como um dos cenários do encontro do usuário com o serviço de saúde e com o trabalhador, como um palco da multiplicação de cenas desse encontro e de possibilidades de acolhimento, que ao se repetirem serão sempre diferentes, inéditas.

As produções ali realizadas estão diretamente relacionadas com o tipo de oferta que o estabelecimento de saúde faz, isto é, o serviço de saúde gera sua demanda conforme o que oferta, assim estabelece quem deve bater à sua porta, o que será atendido e de que forma. Este recorte é apreendido pelo usuário nas suas relações sociais, fazendo com que este traga um certo tipo de demanda ao serviço de saúde.

Encontramos em Augras (1986) dupla significação do termo demanda que nos ajudam a compreender sua configuração nos serviços de saúde. Uma de origem francesa, traduzida pelos psicanalistas como procura, exigência, pedido e outra, do português, como litígio, ação judicial, combate, discussão, conflito.

A demanda do usuário desencadeia processos de produção (de produção, de reprodução, de consumação, de anti-produção) e de atualização da realidade (real, possível, impossível e virtual), engendrando máquinas de produção desejantes (corpos se encontram, se compreendem e criam bons encontros, realizam desejos) que produzem vínculos, acolhimento, escuta, e outros bens-relação (MERHY, 1997).

Essa demanda pode engendrar também máquinas fascistas (corpos que se relacionam sob opressão e repressão, produzindo reprodução e antiprodução) resultando em produções de ações de saúde com enfoque no

procedimento técnico como finalidade última, resultando em acolhimento impessoal, frio, endurecido pelas regras, em outras palavras, produz acolhimento que exclui.

Embora a assistência ao usuário seja o motivo de existência do estabelecimento de saúde e o SUS garanta em lei o direito universal à saúde, o que predomina no encontro usuário-trabalhador é a presença das linhas de segmentaridade mais duras, as forças do instituído que impõem o modo hegemônico e tentam capturar as linhas de fuga:

Res1 - porque assim, (...) o principal o objetivo daqui não é um pronto atendimento, né? É consulta marcada. Então se você for atender todo paciente (...) que chega aqui, você estraga o atendimento, o atendimento do paciente que está com consulta marcada, que tá fazendo o acompanhamento. Você tem aquela hora, você atende bem o paciente. Lógico, dá para atender todo mundo! Dá, mas não tem qualidade nenhuma! Então fica assim, um atendimento meia boca pra todo mundo, que não resolve nada pra ninguém, e não aquilo que a gente fala, de aproximar a família, de vir aqui, de estimular a família de vir atender. Então eu acho que a gente tem, lógico, priorizar: tá passando mal aqui, aí é uma coisa (...) ninguém vai deixar ela ir embora. Mas também tem gente que chega aqui porque lá em baixo tá cheio. (...) foi no (Pronto Socorro) Central mas viu que tava cheio correu pra cá. Aí tá desvirtuando o objetivo do posto. (...) Lógico que a gente atende todas as pessoas que tão passando mal! Principalmente das famílias que já são atendidas! Mas (...) a gente prioriza as pessoas que tem hora marcada. (Reunião da equipe - 15/03/02).

A demanda eventual tem criado grande tensão no trabalho. Há vontade de não atender porque o estabelecimento não é um serviço de pronto-atendimento ou de pronto-socorro, o atendimento não está programado, o trabalhador não gosta de sentir-se obrigado a atender e sente também uma certa exigência dele próprio e do usuário de um atendimento mais rápido. Parece haver uma certa indignação do trabalhador pela impaciência do usuário de esperar pelo atendimento no pronto-socorro. O trabalhador sente-se pressionado para atender, por questões éticas (para não caracterizar negligência médica se for um caso de urgência) que o levam a justificar-se para si mesmo como tendo preocupação com o “roubo” do tempo que teria para atender os usuários que vem acompanhando e

estão com hora marcada, como podendo “desvirtuar” o objetivo do posto ou “estragar” o atendimento. De qualquer forma, a disponibilidade interna do trabalhador para acolher e atender o usuário fica prejudicada. Seu corpo se fecha, atende o usuário rapidamente, protegendo-se dessas dores e tensões. Distancia-se. Produz procedimentos impessoais, “sem qualidade”, sem atingir o núcleo do cuidado. O trabalhador se prende a um certo *script* previamente definido, das regras de hierarquização para funcionamento do sistema, atribuições e competências instituídas pelos conselhos profissionais, normatizações de funcionamento do estabelecimento (horários, documentações necessárias, etc.), critérios técnico-científicos de priorização dos atendimentos. *Script* que define os papéis do trabalhador, do usuário segundo linhas de segmentaridade que estratificam nosso viver, mas que não controlam a energia, as intensidades, os fluxos que estão presentes no momento do atendimento. Assim temos caracterizado o campo do acolhimento e do cuidado atravessado pelas questões do trabalhador e dos processos de gestão dos serviços de saúde.

A situação pode se intensificar a depender do período do dia. Pela manhã a unidade tem maior demanda de serviços que a tarde.

Enf1 – (...) Visivelmente no período da manhã é mais movimentado do que na parte da tarde.

Sup2 – Vocês se reconhecem nisso? De manhã mais movimentado do que à tarde?

Serv1 – Com certeza.

Integrante – Nesse dia?

ACS2 – Todos os dias. (Reunião da equipe - 26/04/02).

Fortuna (1999, p. 179) relaciona essa variação no fluxo da demanda aos movimentos de subida e descida das marés, de vida e de morte. “Vida enquanto motivo de busca, de alternativa, morte enquanto dependência e aparente passividade”. Movimento que dá ao trabalho em saúde “uma certa aparência de produção e resolução”. Na maré alta atende rapidamente para esvaziar a unidade, diminuindo a tensão e a ansiedade produzida pela pressão da demanda, até que chegue a hora de outra subida de maré.

Marés, ventos, ondas

Ondas que batem nas rochas

Ondas que permitem surfar

E a equipe?

Bate nas rochas, vai na onda ou surfa sobre elas?

As primeiras colocações da equipe sobre essa diferença de fluxo de demanda repousaram sobre o usuário. Os trabalhadores não se perceberam como também produtores da demanda, desses movimentos de maré e se diferenciaram da população posicionando-se em patamar diferente.

Med1 – Eu penso que tem isso mesmo que é cultural, assim, da população, na época do calor, se já tivesse começado a fazer frio, a gente ia ver uma inversão. Porque a procura pela...

Sup1 – unidade à tarde...

Med1 -...de tarde é maior no inverno. Mas no calor as pessoas vêm mais na unidade de manhã mesmo. (Reunião da equipe - 26/04/02).

E, gradativamente os próprios trabalhadores foram se percebendo produtores demanda segundo o que ofertam:

Enf1 - Eu acho que é uma tendência também da equipe, organizar o serviço, pra facilitar a própria dinâmica. Inclusive, tem serviços burocráticos que ficam mais pro final da tarde. (...). (Reunião da equipe - 26/04/02).

A organização do serviço estabelece normas, regras, pautas de conduta aos trabalhadores e usuários para se manter enquanto estabelecimento, reproduzindo as instituições que estruturam a sociedade. As instituições mais fortemente presentes nos encontros de supervisão da equipe foram, por exemplo, a instituição saúde, a instituição escola, a instituição família, as profissões, medicina, enfermagem e outras mais.

Essa organização que emerge em meio a essas instituições estabelece horários de atendimento, número de vagas, quem vai atender, o que precisa para ser atendido, critérios de inclusão e exclusão, definições que selecionam, capturam, reprimem e cuidam da manutenção da ordem. E vão se estabelecendo também os territórios de quem tem o poder-saber de decidir sobre os casos a encaixar e dispensar, e concomitantemente constitui-se a rede de relações entre os membros da equipe.

Neste modo de funcionamento do estabelecimento, a necessidade do usuário e a produção do cuidado tornam-se marginais, assim como a ação clínica dos trabalhadores não-médicos, voltado-se mais para a produção de procedimentos, recepção e consultas médicas e seu controle.

TE4 – eu vejo assim, lá na frente e em todo lugar que a gente passa, a gente tem que ter normas, disciplina, e também tem cobrança, né? tem que ter muita cobrança. Quando a gente procura e de repente você não consegue atender todas, quando você atende, é cobrança de outras pessoas, né? Decididamente, você tem que ter aquele limite (....)

Silêncio

Med1 – Então, eu acho que é lógico que a gente tem que ter normas, tem que ter... mas, eu acho que o trabalho de equipe consiste justamente em estar refletindo sobre... esse trabalho, (...) por mais que seja definida, redefinida determinadas coisas, normas, disciplinas... Eu acho também que tem que parar para pensar, né? Em qual que é o objetivo disso aí...

TE4 – Mas (...), às vezes, se coloca uma pessoa a mais, fica entre o doente e o médico, se queixa com a gente, fala com a gente. Pediatra não, os médicos em geral. Ele te cobra, da gente não é? Mas, porque isso? Nesse sentido.. Fica perdido, não sabe se agrada ele (o médico), a mulher, situação...

TE3 – paciente.

TE4 – a gente fica sem saber o que fazer (Reunião da equipe - 15/03/02).

As decisões sobre quem fica e quem não fica não são tomadas somente segundo o limite de vagas e outras segmentaridades duras. Estão intrinsecamente ligadas ao plano molecular, à produção de subjetividades emergentes no encontro trabalhador-usuário no contexto da equipe de trabalhadores, da unidade de saúde, da comunidade da área de abrangência, do município, da estação do ano, do clima, da música que toca no rádio, da novela assistida na noite anterior e muitos outros elementos que nos fazem estar no trabalho e nessas relações, do modo como podemos.

O problema referido pelo usuário, a leitura que o trabalhador faz desse problema, a dúvida de atendê-lo ou não, considerando as normas e protocolos estabelecidos, recursos existentes que podem ou não ser utilizados, vão sinalizando o sim e o não; sim e não para as variáveis que na superfície aparecem como de caráter técnico, mas fundamentam-se também num recorte interessado, intimamente relacionado com a finalidade do

trabalho que esse trabalhador tem internalizada. A escolha do que será objeto de atenção dos trabalhadores da unidade é uma opção também política. É uma produção conjunta de usuários, trabalhadores e dos estabelecimentos de saúde num dado contexto, configurando mudança ou manutenção do modo de produzir saúde.

Nesse jogo, de interesses técnico, político, ético, as decisões vão configurando realidades, mais de reprodução do modelo hegemônico centrado na consulta médica, uma vez que ali operam as forças das instituições que mantêm a sociedade.

Ocorrem conflitos entre trabalhadores da equipe pela diferença de entendimento do que deve ser atendido, encaminhado ou dispensado. As ressonâncias desses desencontros, num primeiro movimento, criam resistências da equipe para lidar mais aprofundadamente com seus problemas. Os trabalhadores evitam tocar nos seus conflitos, não discutem os critérios de entrada e tentam se orientar pelos instituídos — hierarquização, regionalização — além de atribuírem aos usuários os problemas que vivenciam.

Nesse processo de análise, à medida do possível, vão se dando conta dos processos de subjetivação que compõem a realidade, explicitando outras nuances do modo de funcionamento da unidade.

Med6 – (...) em princípio existe uma, todo mundo pode usar o SUS como direito universal. Qualquer é pessoa que chega aí se tiver uma dúvida, uma... Se quiser alguma coisa, pra cada uma vai ter um critério, né? Qual que é a procura? Qual é a nossa oferta? Olha, o senhor não pertence à nossa área, o senhor pertence ao Monte Alverne, o senhor pertence à área da Vila Lobato, o senhor pertence à área lá dos Campos Elíseos, etc. O paciente é da nossa área, a gente... dentro da necessidade que ele, a gente tenta agendar...

Sup1 – Então, você percebe Med6, o critério é a regionalização.

Med6- ...da regionalização. O critério...

Sup1– O critério é a regionalização.

Med6- É a regionalização.

Sup1– tem que ser da área.

Med6– Dentro é lógico, não é o paciente que chegar correndo, enfartado, que eu vou mandar ele embora.

Sup2– O critério da urgência. Um certo, uma certa avaliação de urgência?

Med6– Uma avaliação da... Qual que é a queixa, qual que é a demanda dele, o quê que ele tá precisando. (Reunião da equipe - 26/04/02).

A regionalização como critério demarca não só o território geográfico de abrangência da unidade; configura uma linha de segmentaridade dura, utiliza critérios, define um território, uma população adstrita. Configura também um dispositivo de poder, de quem receberá atenção ou não. (DELEUZE; PARNET, 1998; DELEUZE; GUATTARI, 1999).

Em funcionamento, o critério da regionalização libera ou corta o fluxo da máquina do atendimento. Explicita conflitos entre os trabalhadores pelas diferentes formas que cada um toma o mesmo critério, especialmente na relação com o princípio da universalidade.

Alguns trabalhadores relataram utilizar a regionalização para identificar o usuário que mora fora da área, sem perceber que sua ação, na prática, toma a regionalização como critério de exclusão. Outros trabalhadores não se prendem tanto às regras e normas, orientam-se mais pela natureza do problema-necessidade e pelo direito ao atendimento, movimento que promove mais inclusão

As diferenças entre as linhas, de segmentaridade dura, binária, *entra - não entra*, e de segmentaridade mais flexível, em relação ao direito e à natureza do problema-necessidade, geraram estranhamentos na equipe, abrindo brechas para que revissem as formas de utilizar seus princípios.

Consideramos um grande avanço a identificação dessas diferenças, que habitualmente o cotidiano apaga e engole, exigindo um “estomago fenomenal” que deglute tudo porque também expelle tudo (PELBART, 2000).

Med3 – (...) A paciente chegou: eu vim conversar com você, disse que não morava na área, uma gestante que fez o pré natal aqui e se mudou pra outra área, área da Vila Virgínia, e a paciente não aceita seguir a criança na puericultura lá, queria ser seguido aqui. E aí gerou todo um problema, né TE4? Porque a orientação dada é se isso...

TE4 – Pode falar!

Med3 – A TE3 atendeu, orientou que teria que ir pra área, porque tem que regionalizar... Tudo certinho, né? O pai voltou muito bravo... (Reunião da equipe - 26/04/02).

A linha de segmentaridade regionalização endurece mais quando em funcionamento soma-se à burocratização, como a exigência do comprovante

de endereço, por exemplo. São ressonâncias da sobrecodificação do aparelho do Estado estabelecendo regras e condutas.

Mas, a realidade se produz num campo de imanência, em que as forças das linhas de fuga também se fazem presentes. Uma dessas linhas se constitui na tentativa da agente comunitária que propõe flexibilização: se há alguém que visita, então é da área e portanto não precisa exigir comprovante de endereço.

ACS4 – (...) aconteceu com uma família minha. Ela veio marcar consulta pra filha. Aí o critério que tem que entregar um comprovante de endereço né? e um documento. A gente fala isso pra eles, mas às vezes esquece. Mas aí eu acho assim, quando a pessoa fala: ah, a fulana que me visita! Eu acho que já é uma coisa que a pessoa possa marcar entendeu? Porque tá falando quem tá visitando. E aí sempre a gente...porque não consegue marcar. Então, porque cada um tem um critério... (Reunião da equipe - 26/04/02).

E rapidamente a flexibilização se endurece. É capturada pelas forças da superfície de registro-controle. A mesma trabalhadora propõe visita para confirmar se o usuário é realmente morador da área. Aqui opera também o pólo paranóide acionando, por exemplo, a desconfiança e o medo de ser enganado.

ACS4 – E também, não sei se é pelo fato de muitas pessoas mentirem que mora na casa, e não mora... (FALA SIMULTÂNEA)

Serv1 – Porque às vezes é o medo de perder... (FALA SIMULTÂNEA)

ACS4 - (...) fato da pessoa falar, fulana me visita, ela falou, acho que tem que dar uma credibilidade entendeu? Aí depois, sim, aí a gente pode até ir atrás pra realmente confirmar se não, se é, ou não. (Reunião da equipe - 26/04/02).

São os perigos inerentes a cada linha de segmentaridade. Perigo desses segmentos que nos atravessam que têm como característica uma rigidez que nos dá uma certa segurança — quanto a quem deve ser dispensado ou atendido — mas ao mesmo tempo nos faz medrosos. Será este o certo? O doutor vai aceitar atender? Se eu dispensar, será que vai acontecer alguma coisa com a pessoa? Esses segmentos nos põem em ação nesse território de referência tornando-nos, consciente ou inconscientemente, impiedosos e amargos. (DELEUZE; PARNET, 1998).

A equipe utiliza oficialmente a área de abrangência da regionalização mas lida também com a área de influência gerada pelo movimento da população em busca de solução para seus problemas (UNGLERT, 1994).

A área de influência do CSE Vila Tibério ultrapassa a área de abrangência geográfica por se tratar de uma unidade de saúde tradicional no bairro, em especial na atenção às crianças e em imunização, ligada à FMRP-USP com a representação do saber mais avançado e atualizado em saúde, que vem desenvolvendo ações específicas, diferenciadas pela qualidade, criatividade e resolubilidade (BRIENZA et al., 2003a,b,c,d).

Abre-se uma fissura para rever a regionalização enquanto linha de segmentaridade que funciona como regra mais fixa. A área de influência flexibiliza os critérios de inclusão dos usuários. O acolhimento é atravessado pelo desejo e satisfação do trabalhador de ter um trabalho que se destaca e faz a área de influência ultrapassar a área de abrangência.

Mas, a linha flexível também tem seus perigos, “podemos encontrar sobre uma linha flexível os mesmos perigos que sobre a dura, simplesmente miniaturizados, disseminados ou, antes, molecularizados” (DELEUZE; PARNET, 1998, p. 160). Esses perigos tomam a forma de microfacismos no campo social (GUATTARI, 1981) movidos por investimentos inconscientes de desejo de dominação do outro, de repressão e opressão e da necessidade de se proteger das ameaças externas. Esse perigo está colocado no encontro do trabalhador com o usuário, na fissura aberta pela diferença de área de abrangência e área de influência da unidade, no poder de decisão do trabalhador sobre a inclusão ou exclusão do usuário para atendimento.

ACS4 – Às vezes a gente leva encaminhamento fora de área, mas fora de área do PSF, porque esse outro que a gente leva encaminhamento é da área de abrangência do Posto. Quer dizer, eu pelo menos nunca levei longe, eu levo dentro da área que pertence ao Posto, que às vezes tem... Porque tem duas áreas, né? Uma do PSF e a outra que é do Posto. (Reunião da equipe - 26/04/02).

Mas esse critério de regionalização, ao mesmo tempo que organiza, confunde a equipe e a população. Esta é a conclusão da equipe quando esta

se depara com a explicitação da existência de diferentes delimitações geográficas da própria unidade em relação a unidades vizinhas, a depender do tipo de atendimento ofertado, vacinação, ginecologia, pediatria, clínica, PSF:

Med7 – Até porque as três unidades ligadas à Faculdade de Medicina são as três unidades mais anacrônicas que existem, a Vila Tibério, a Dom Pedro e a Vila Lobato. Nem uma delas... As três são unidades materno-infantil, de numa época.....

Med1 – A Vila Tibério agora não é mais...

Med7 – Agora a Vila Tibério... Ah... Mas assim, aqui ainda tem essa confusão de área de abrangência. (Reunião de equipe - 07/06/02).

A situação configura um complicador na tarefa de acolher e cuidar dos usuários, abrindo brechas para decisões de caráter mais individual e privado, perigo da multiplicação dos domínios microfacistas,

[...] são as próprias linhas flexíveis que produzem ou afrontam seus próprios perigos, um limiar transposto depressa demais, uma intensidade tornada perigosa porque não podia ser suportada. Você não tomou muitas precauções. É o fenômeno 'buraco negro': uma linha flexível se precipita em um buraco negro de onde não poderá sair". (DELEUZE; PARNET, 1998, p. 161).

A complexidade do problema desvendado impôs uma ação coletiva: organizar-se para discutir detalhadamente as diferentes áreas de abrangência. Ressoa um desconforto por esse requisito básico de funcionamento estar ainda tão confuso e haver um certo clima de dificuldade para enfrentar a resolução, uma certa imobilidade. Desejo de manutenção? Impotência? Certamente um "desassossego", um certo acumular de fluxos, de estranhamentos, que aguardam um certo limiar produtor de "marcas", de devir-outro, ainda não alcançado.

No transcorrer dos encontros com a equipe, foram possíveis alguns acertos internos, de esclarecimento sobre a área de abrangência, no mapa, sem muito aprofundar pelos fluxos que passam sob esta segmentaridade dura, da delimitação geográfica, e também não se conseguiu envolver as outras unidades de saúde, a Secretaria da Saúde e a população para uma intervenção prática.

Este quadro revela o lugar que a equipe coloca a população: ainda fora do âmbito das decisões acerca do que lhe diz respeito. Apesar do PSF atuar onde o povo está, a relação que a equipe estabelece reproduz o modelo hegemônico. Os problemas de saúde são resolvidos pelos técnicos. E os usuários ficam sem as informações que poderiam lhes dar maior autonomia para decidirem qual unidade procurar e para buscar soluções para seus problemas. Assim, é de se admirar a capacidade criativa de adaptação da população, buscando brechas nos instituídos para satisfazer suas necessidades e resolver seus problemas. Na dobra deste mesmo movimento, é de se entristecer pelo fato do usuário ter que mentir o endereço para poder continuar sendo atendido no serviço de saúde.

E apesar do serviço se constituir a chamada “porta de entrada”, o esquema para atendimento da demanda espontânea não parece coerente com a proposta de centrar a atenção no usuário. Franco e Merhy (1999) apontam este fato como um “erro de saída” do PSF:

Contudo, ao que parece, não há uma real desburocratização do acesso aos serviços, visto que o atendimento às urgências, que é muito importante do ponto de vista do usuário, não torna-se ponto forte de sua agenda de trabalho. Os serviços que não conseguem criar esta agenda, tem se mostrado como de baixa credibilidade para os usuários (FRANCO; MERHY, 1999, p.3).

Isso nos leva a pensar que as unidades de saúde estão pouco preparadas para enfrentar o inesperado, a imprevisibilidade. Em se tratando de saúde, temos aqui um paradoxo: os problemas de saúde, ou melhor de doença (nosso foco de atenção predominante) caracterizam-se por serem imprevisíveis, para os quais seria esperado estarmos prontos para acolhê-los. Mas no dia-a-dia, o que se vê é um grande conflito para as equipes, a chamada demanda eventual.

São nessas situações inesperadas que o acolhimento se vê mais fortemente atravessado pelas questões dos trabalhadores e da gestão dos processos de trabalho. Necessidades, interesses, desejos de usuários e trabalhadores se tensionam nessa produção.

Perde-se a oportunidade de por em ação alguns valores que qualificam a vida, como um gesto delicado, um olhar que assinala atenção,

disponibilidade para escuta e muitas outras manifestações que se passam num campo aquém e além da pessoa, que produzem a diferença de sentido das ações de saúde.

Que tipo de relação estamos querendo estabelecer? Por quem tomamos este “outro”? Por quem este “outro” nos toma?

Estamos sempre em contato com o “outro”. E o outro é pessoa. O outro contém certa magia, ao mesmo tempo sedutor e enigmático. O outro é plural, apresenta múltiplos rostos. Pode encantar ou desencantar. Refletir sobre o outro é apaixonante e interminável. Mas é preciso evitar que o outro seja reduzido a um termo genérico e neutro (ARDUINI, 2002, p. 103).

E no texto de Arduini (2002) há uma multiplicação de “outros”:

“Outro” ocluso, hermético, indecifrável.

“Outro” desconhecido, distante, estranho.

“Outro” ameaçador, que inspira desconfiança e medo.

“Outro” prepotente, violento, egocêntrico, constrangedor, rejeitado, envergonhado, insensível, traiçoeiro, único, diferente, companheiro, solidário, aliado, movido pela esperança, audacioso, autêntico, fraterno, dialogal, evangélico, interpelador. E,

Não podemos esquecer que também cada um de nós é um “outro” para os outros. E poderíamos perguntar-nos que espécie de “outro” temos sido para os demais outros. Ser “outro” é responsabilidade (ARDUINI, 2002, p. 104).

A pergunta do Monsenhor Arduini nos faz voltar para apreciar a paisagem e buscar compreender a relação com o “outro”. E vamos percebendo que o modo como nos relacionamos com o “outro” tem um papel preponderante na produção desse encontro.

Nos encontros de supervisão, a equipe vai lidando com esse “outro”, que nesta etapa do processo, é o outro trabalhador, isto é, emergem as questões das relações entre trabalhadores. A situação configura uma rica paisagem a explorar. Para seguir este caminho que nos atravessa, a seta nos aponta Fortuna (2003).

O “outro” — usuário — tem a presença marcada pela ausência, enquanto co-autor das produções de ações de saúde. Sua participação na dinâmica da unidade reproduz o modo hegemônico do modelo médico.

E à medida em que a equipe vai analisando seu processo de trabalho e alguns aspectos da relação trabalhador-usuário como a natureza do problema, os critérios de entrada, a regionalização e suas implicações, depara-se com outro analisador da relação trabalhador-usuário: *a agenda*.

A agenda. Está marcado?

A agenda explicita compromissos do trabalhador com o usuário e do usuário com o trabalhador. Põe em ação uma proposta assistencial.

Pode ser aberta, flexível, variável. Pode ser fixa, segundo um padrão previamente definido do que será agendado, ofertando sempre o mesmo. Física ou no sistema de informação.

Cheia, lotada, transbordante.

Com poucos casos agendados, bem disponível.

Compartilhada ou de uso restrito.

Clara, objetiva, confusa. Marca, desmarca, marca, desmarca. Alguns desistem, outros persistem. Alguns morrem, outros buscam espaço em outras agendas.

E vai tomando a cara de quem a constrói no manuseio do dia-a-dia.

Tem a agenda do trabalhador responsável pelo atendimento. Pode ser motivo de alegria ou de tristeza ou de preocupação, por estar cheia, por estar vazia, por estar ao alcance de todos, por não poder manipular. Pode ser motivo de frustração, pelo desejo de estar fazendo outra coisa naquele momento que tem que cumprir o compromisso agendado. Pode ser motivo de satisfação por ser o responsável pelo atendimento e realização do que está programado, por viabilizar o salário ao final do mês.

Tem a agenda do usuário que também reserva um tempo para se encontrar com esse trabalhador. Agenda esperança de resolver um problema de saúde, um incômodo antigo. Agenda alegria de acompanhar o crescimento do filho tão querido, dentro e fora da barriga, ou por saber que perdeu peso quando e quanto se queria perder. Agenda medo do resultado do exame. Ansiedade. Agenda incerteza de conseguir o atendimento que necessita.

Tem a agenda da unidade, com toda programação do que vai ser realizado pela equipe. Tem a agenda dos outros trabalhadores, do gerente, agenda de utilização das salas, agenda dos residentes e outros estagiários, dos docentes, das atividades e eventos programados pela Secretaria da Saúde. Tem a agenda da supervisão da equipe.

Diante de tantas agendas podemos interrogar: que compromissos estão sendo assumidos? Com quem? Qual a direcionalidade de tantas agendas?

Deixemos essas questões, para acompanhar a experiência de discussão sobre o tema agenda e sobre seu funcionamento, que revelou vários aspectos da relação da equipe com os usuários e de como os trabalhadores se organizam para assisti-los. O exemplo de um caso de um recém-nascido que teve sua consulta de puericultura agendada pela equipe do Floresce Uma Vida²⁶ que atua no mesmo hospital onde a criança nasceu, foi bastante operativo nesta direção.

Med7 – Isso pode dar a maior confusão. Depende do dia, (...) o caso era uma criança, um recém nascido né? Paciente de primeiro atendimento, que veio indicado pelo Floresce Uma Vida. Já manda o cartãozinho com o nome do médico e o horário e a Unidade, de acordo com o que eles têm lá no livro. E aí chegou aqui com horário marcado....etc, não foi atendido porque morava em outra área. Mas a sogra morava na área, e aí se estabeleceu essa discussão. Na verdade ele tava morando na casa da sogra mas (...). E aí o pai veio aí....(...) conflito. Aí....foi marcado o primeiro atendimento pra fazer o Teste do Pezinho, já com a orientação que o paciente, após ele acertar o endereço dele. Parece que ele tava reformando a casa dele, depois ele me falou isso. Ele ia transferir pra unidade mais perto da casa dele. Esse tipo de conflito é toda hora. (Reunião de equipe - 03/05/02).

Uma das linhas de segmentaridade que quadriculou a realidade vivida pela família ao comparecer para atendimento foi a da regionalização. Como morador de fora da área não seria atendido, mas por estar temporariamente na casa da sogra, fissura que abriu passagem para a possibilidade de

²⁶ Projeto do Programa de Assistência à Saúde da Criança da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto que desenvolve atividades de vigilância das condições de saúde das crianças de risco articulando ações da rede básica e maternidades, de assistência ao pré-natal, parto e puerpério e acompanhamento das crianças após o nascimento.

atendimento somada a pressão do pai, tornou possível o agendamento para o teste do pezinho. A equipe vive como atravessamento da Secretaria Municipal da Saúde o agendamento do Floresce Uma Vida em “horário errado”. A equipe mantém uma agenda aberta no sistema de informação da rede, no entanto, a mantém fechada para aquilo que aparece fora de alguns critérios utilizados internamente e não publicizados. Assim, identificou que o problema não era do usuário e, portanto, este deveria ser atendido como o programado:

Med6 –Nesse caso eu acho que o que gera conflito é o próprio sistema de encaminhamento do Floresce Uma Vida. Porque se ele vem encaminhado com o papel, e cria um caso, fica difícil você falar pro paciente, que não é ali. Porque a própria Secretaria encaminhou...

TE4 – Mas sabe o que acontece, (...) o pessoal do Floresce depois não vai conferir se aquele endereço realmente a moça mora (...) E não só isso, além de marcar fora de área, nesse caso eles também marcaram o horário errado. (...) E em regra geral, a gente costuma marcar caso novo, nas duas, três primeiras consultas, que é um caso que demora mais, na agenda o caso novo é a primeira né? Depois é o retorno, depois é puericultura (...). E aí eles marcam caso novo lá às 14 e 30.

Med7 – Nesse caso eu acho que o paciente está totalmente certo e nós estamos totalmente errados, tá? Quer dizer, porque os pacientes...ele não é obrigado a entender... (Reunião de equipe - 03/05/02).

E a equipe vai discutindo e identificando seu modo de funcionamento e a relação com o usuário e vão percebendo a necessidade de flexibilizar as regras, de incluir os aspectos das relações, questões do direito, se deparando com a produção do não-atendimento: sobrecarga?, posição deliberada porque o usuário não se enquadra nos critérios estabelecidos?, defesa para não entrar em contato com as dores que o outro provoca? Um sem-fim na potência do encontro.

Med7 – Eu acho que tem uma questão psicológica aí, é o seguinte, nós não podemos ter uma regra fixa. Entendeu? (Reunião de equipe 03/05/02).

Med2 – (...) Eu acho que eles têm o direito de serem atendidos se eles gostam (Reunião de equipe 03/05/02).

Med1 – (...) a gente questiona que o critério que a Secretaria usou é diferente do nosso critério aqui. Então, isso é mais uma coisa pra não atender o paciente (...) nesse dia específico, por exemplo, o profissional já estava desocupado, mas como fugiu ao critério da unidade. (...) Várias coisas que... ele não podia ser atendido. Ele não era da área, ele...a consulta dele foi marcada pelo Projeto fora do horário que era pra caso novo. O profissional tá disponível no horário de atendimento dele, tem sala pra atendimento, mas ele não pode ser atendido. Então, o critério que também ah...em vez de ajudar, atrapalha. (Reunião de equipe 03/05/02).

E vão desvelando detalhes da agenda e de seu funcionamento. A agenda é construída no sistema informatizado oferecendo consultas por horário e por tipo de atendimento, caso novo, retornos, eventuais, mas na dinâmica da unidade os trabalhadores agendam no cartão de outro modo. Um segredo que todos sabiam e não queriam ver. E não aprofundam a raspagem dessa superfície. Uma questão paira no ar, abrindo passagem para criações imaginárias nessa complexa rede de relações: quem decidiu que a agenda funcionaria assim?

Med1 – Mas isso não está no computador?

TE4- Tá certo lá no computador.

ACS2- mas não funciona, é isso.

TE4 - ...cartão da mãe às dez horas pra dra Med2(...).

Med2 – Só que todo mundo tem que chegar às sete.

TE4 – Não, o cartão foi marcado às oito.

Med2 – Isso vai dando angústia em mim (...) (Reunião de equipe 03/05/02).

A agenda, um dos instrumentos de trabalho para viabilizar o acolhimento se revela capturada pelo modo de funcionamento tradicional dos serviços de saúde. Essa explicitação gera paranóia na equipe, revela saberes e não-saberes, assunção de responsabilidades e compromissos técnicos, éticos, políticos.

E a equipe vai se aproximando do lugar reservado ao usuário: *a fila*, outro analisador da relação trabalhador-usuário.

A fila. Aguarde na ordem.

Quem já não viveu a experiência de ficar numa fila?

Às vezes é bom, como fila do cinema com o namorado, pra comprar sorvete, às vezes não é tão bom assim, fila da cantina da escola, do estacionamento, fila única do banco, do caixa rápido do supermercado, do banheiro, fila do ônibus. Em tempos de falta, quem não se lembra das filas da era Collor, fila do óleo, do arroz, da carne, do combustível. Fila do INSS, fila do agendamento de consultas, de coleta de sangue, de transplante.

Filas visíveis que vão configurando filas invisíveis. Idéia que fica internalizada em nós e faz a fila existir antes de estarmos realmente na fila. Subjetividade produzida e reproduzida. Todos os indivíduos são iguais na fila. Subjetividade serializada, produção de massa, massa modelada, modelizada no registro do social (GUATTARI; ROLNIK, 1999), repreendendo quem sai da fila, chamando de rebelde o garoto que não obedece a fila, achando que é um “piti”²⁷ o usuário que passa mal enquanto aguarda na fila.

Na unidade a fila se forma à medida que os usuários vão chegando. Recebem senhas numeradas na ordem de chegada, para organizar os diversos atendimentos como imunização, coleta de material, teste do pezinho, consultas médicas, etc. Espalham-se pelo hall, mas estão em fila.

Os usuários que procuram atendimento médico são orientados para chegar no mesmo horário, mesmo se agendados previamente. E vão chegando cada vez mais cedo para serem atendidos primeiro e sair mais cedo. Essa organização configura a produção da reprodução da realidade, padroniza comportamentos, subjulga o usuário a certas regras, apesar do direito à saúde instituído em lei.

TE4 - (...) o maior movimento é das sete... Nove e quarenta já tem paciente esperando a dra. Med3. A gente fala pra mãe:- mãe, não precisa vir, pode vir às onze como tá marcado. Ah, não mas eu quero ser a primeira, porque eu vou embora meio dia, porque eu tenho que trabalhar ou o menino entra na escola à uma. Quer dizer, essa mãe, se ela for marcada no cartãozinho às treze horas, ela vai pra Unidade às nove e trinta, né? (Reunião de equipe - 03/05/02).

Forma-se uma fila na unidade que fica camuflada no sistema de informação onde consta uma agenda organizada por horário. Naturaliza a

²⁷ Paciente-piti, pitizão: no jargão dos trabalhadores de saúde refere ao paciente que finge, simula ou exagera sintomas (CAPITANINI, 2003).

distribuição de senhas e a antecipação do horário de chegada, “domestica” o usuário para que ele não saia da fila e também facilita o trabalhador que, assim, resolve seus problemas logo no início de cada período.

Enf2 – (...) quando eles pedem pra todo mundo chegar no mesmo horário, é olhando pra paciente que precisa de uma vaga de urgência, de um eventual, porque a mãe que chega às sete horas procurando uma vaga, olha o paciente das sete não faltou, mas talvez o das oito falte. O das oito não faltou, mas talvez o das nove falte. O das nove não faltou, mas talvez o das dez falte. Então, pede pra todo mundo chegar às sete, porque já sabe quem não vem, olha não vem quatro, então vamos encaixar esses quatro que estão esperando. Olha chegou todo mundo, infelizmente vocês vão ter que ir pro Pronto Socorro. Entendeu? (reunião de equipe - 03/05/02).

O usuário por sua vez, fica a espera do “sinal verde”. Pacientemente tem que aguardar para ver se vai conseguir atendimento ou não. Nessas relações vai aprendendo as regras de se conseguir atendimento — o horário que deve chegar, o que é caso de urgência e prioridade para poder ser atendido, o que não é urgência e então pode fazê-la esperar — de forma que em outras ocasiões vai usar esse saber para resolver seus problemas.

Sem perceber, a equipe oferta um serviço que alimenta a demanda para pronto-atendimento, sem ofertar disponibilidade para atender a demanda eventual. Perde a oportunidade de se relacionar com o usuário de outra maneira, sem a pressão da obrigação, do cumprimento de regras instituídas. Poderia aproveitar para aprofundar os laços de vínculo, que se tornam mais significativos quando uma necessidade urgente é atendida, dada a intensidade do problema vivido (FRANCO; MERHY, 1999). Perde oportunidade de ofertar outras modalidades de atendimento. Realiza ao mesmo tempo a reprodução do modelo hegemônico e a anti-produção de sua metamorfose.

A agenda que forma a fila considera o outro como alguém que está à disposição e pode aguardar em fila, pacientemente pelo atendimento. Neutro e genérico (ARDUINI, 2002).

Que bom seria não ser tratado como mais um na fila. Que bom seria ser considerado na singularidade de um viver próprio, de alguém que tem desejos e necessidades.

Em que medida os trabalhadores podem e desejam abrir na agenda espaços para tratar o “outro” com alegria, solidariedade? Que preparo e disponibilidade interna têm para isso?

A proposta de Deleuze e Guattari é “colocar o desejo na produção e a produção no desejo”. Haveria possibilidade de articular na equipe formas de diversificar suas ações para atender os usuários que demandam à unidade?, escutar e considerar as necessidades apresentadas?, romper com o modo de funcionamento da oferta quase exclusiva de consultas médicas e oferecer cuidados a partir de outras áreas de saber, flexibilizar e ampliar a entrada?

E a equipe trabalha intensamente na análise da *agenda/fila*, investindo muita energia. Deparam-se com uma nova imagem deles mesmos, estranham-se e reagem produzindo predominantemente movimentos de resistência, e, ao mesmo tempo, ensaiam algumas aproximações ao movimento de mudança. Vão se revelando assim uma equipe não-usuário-centrada. Mas não desistem. Persistem corajosamente em sua auto-análise.

Preocupam-se também com a produtividade:

Enf2- Então, os funcionários...o pessoal orienta mesmo. Fala:- olha, hoje aconteceu da dra. Med4 ter vaga, mas a semana que vem pode acontecer da dra. Med4 não ter vaga.

Falas juntas.

Med4 – E com isso. E com o passar do tempo, aquilo fica na cabeça e eu acabo tendo sempre vaga, e a mãe não chega, entendeu? (Reunião de equipe - 10/05/02).

E com a demanda reprimida:

Med3 – (...) se a demanda reprimida for incluir aquela criança que nem passa por aqui, vai direto pro Pronto Socorro, tem. E tem muita. Porque eu vejo isso nítido. Muitos pediatras colegas meus vêm reclamar comigo (...) (Reunião de equipe -10/05/02).

Os caminhos percorridos pela equipe fixam-se na superfície de registro-controle: disponibilidade de vagas, preocupação com uma imagem

de improdutivos, atravessamentos de questões da gestão e dos trabalhadores no campo do acolhimento. O lugar de chegada deste caminho é o próprio trabalhador e o serviço.

A produtividade e a preocupação com a demanda reprimida pode seguir o caminho de mobilizar o trabalhador para se envolver solidariamente com a resolução do problema do usuário, dispondo uma escuta cuidadosa, empreendendo esforços para articular com outros trabalhadores formas de assistir que não seja a consulta médica, apoiando e encorajando o usuário a suportar as dificuldades que enfrenta. A idéia é trilhar por esses caminhos junto com o usuário, num encontro/percurso de muito aprendizado.

A equipe pega essa trilha ao analisar-se em relação a *agenda* e a *fila*, e aproximam-se vagarosamente do modo como acolhem os usuários através da discussão sobre o tempo de espera do usuário:

ACS2 – (...) todo mundo entrou num consenso de que é melhor por horário. Todo mundo que realmente viu, que tem lá por horário mas não é marcado, ou marca só um pouco e o resto vira tudo PA, né? Tudo que chega é encaixado. Como as mães já estão acostumadas com isso, então todo mundo chega muito cedo, então fica muito tempo aqui. A espera é muito grande. (Reunião de equipe - 10/05/02).

Mas, ao mesmo tempo que se preocupam, acham que alguns usuários preferem esperar no Pronto socorro.

Med1 – (...) Mas tem uma coisa que é cultural, por exemplo, eu tenho visto situações aqui, principalmente na hora do almoço, que a mãe chega fala:- Ah, vai ter que esperar? Vou pro Pronto Socorro, ela fala. Não tem isso?

TE2 – Tem, bastante...

Med1 – E aí ela vai pro Pronto Socorro e ela espera três horas (...) não dá pra entender (...) esperar lá e não pode esperar aqui, entendeu? (Reunião de equipe - 10/05/02).

A equipe sabe identificar suas lacunas, deve agendar por horário, quebrar o modo de funcionamento que alimenta a mentalidade da fila e do pronto-atendimento, mas não consegue engendrar uma máquina capaz de romper com as amarras que produzem essa reprodução. É a força do instituído e a gorda saúde dominante do modelo médico hegemônico que ainda permanece atuante.

No processo de análise vão vislumbrando a possibilidade de implantar a ação prática do agendamento por horário, uma vez que na agenda do sistema de informação já o é.

Novos relevos se apresentam nessa paisagem: agendamento por horário seria coisa para serviço público? Não seria coisa de consultório?

Integrante1 – No particular, eles sabem que tem que ir porque tá pagando e se não for paga assim mesmo, né? No público a população não tem consciência que não tá pagando, né? A população não tem consciência disso. (Reunião de equipe - 17/05/02).

Integrante2 – (...) você tá pagando seu convênio. Se você não for você perdeu aquela guia (...) Você marcou pras três horas, você chega. O médico te faz esperar até às três e quarenta. Você espera, mas você vai. Agora aqui, elas estão falando que as pessoas vêm. (...) Eles vêm e falam assim:- ah, então deixa marcado aí. Se eu não melhorar eu vou no pronto socorro e não venho aqui, entendeu? Ou, se eu sarar, não volto mais. Deixa marcado... (Reunião de equipe - 17/05/02).

Integrante1 – Então, pra mim, assim, como médico, atendendo né, por exemplo, tanto aqui quanto no consultório, esperar o paciente, que acaba não vindo, é muito frustrante... entendeu? (...) Assim, a frustração de não ter sido valorizado, tem a situação que às vezes (...) cê fica um tempo lá, ahn... que acaba ficando ocioso, porque às vezes, não dá pra você fazer outra coisa (...) (Reunião de equipe - 17/05/02).

Integrante2 – Eu acho que esse aspecto da fila, é uma coisa que é cultural mesmo. Não existia a fila do INPS? Vamos encarar a realidade, entendeu? O médico ia lá, atendia seus pacientes. Uma hora e ia embora. Nunca precisou ficar lá o tempo todo, porque o médico é um ser superior, entendeu? Hoje em dia a sociedade está se enxergando de uma maneira diferente. Então se a gente também se transformar, a gente vai fazer coisa que nunca deveria ter feito, porque tem coisa que já não deu certo lá atrás. (Reunião de equipe - 17/05/02).

Reina a subjetividade capitalística e a cultura inamptiana, configurando uma mentalidade que naturaliza a fila no serviço público, o agendamento por horário como coisa de serviço privado, a valorização diferenciada do médico, a permissão para o não cumprimento do horário e consultas instantâneas, a não valorização pelos usuários do atendimento por se tratar de serviço público. A busca por atendimento no serviço de saúde

vai se transformando num esvaziamento de energia vital, nas filas, na longa espera, na homogeneização do usuário como um ser genérico. A luta pela vida encontra o caminho da morte, da falta de atenção e consideração. Um caminho que também produz a morte da proposta assistencial de valorizar a vida. Paradoxos que a equipe não tem como deixar de olhar.

Enf2 – (...) quem que a gente tá privilegiando? (...) Então eu acho assim: a gente tem que privilegiar aquela mãe que, que vem, que é regular, que faz a puericultura dela certinho, né? Porque o que acontece é que, às vezes, realmente às vezes, têm três, quatro pacientes marcados, e oito vagas pra encaixe, né? E ela já vem nessa esperança mesmo. Ah! Eu não vou agendar, por que se não encaixar hoje, eu encaixo amanhã.

Med2 – Têm outras situações que me angustiam, por exemplo, os pacientes de Puericultura, recém nascidos com os pacientes com doenças infecciosas de vias aéreas superiores, do lado, umas das outras, quando não tem outras doenças infecciosas... Aí que eu fico pensando, meu Deus...

Integrante – Duas, três horas...

Med2 - ... todo mundo junto aí! Uma criança que tá bem pode ficar doente porque vem ao Posto de Saúde. Que era pra ficar saudável, né?

Integrante – E as mães também reclamam muito da demora.
(Reunião de equipe - 03/05/02).

A equipe fica presa aos estratos das segmentaridades duras que funcionam na base do “ou”, isto é, ou privilegia a mãe que faz puericultura certinho, ou privilegia a mãe que só vem para consulta eventual, ou o serviço atende casos agudos ou atende puericultura. E não consegue ainda chegar ao “e”, e multiplicar as possibilidades de se relacionar e cuidar, isto é, atende a mãe que faz puericultura e também a outra que não programou o atendimento, entendendo que em todos os momentos, qualquer que seja a necessidade e o motivo que levaram o usuário a procurar o serviço de saúde, configura-se uma necessidade de ajuda colocada a alguém que se ofereceu a ajudar, o trabalhador de saúde.

A força das linhas de segmentaridade que estratificam nosso viver favorece que a discussão sobre a agenda e seu funcionamento, que revela a fila, expresse um certo movimento de resistência à mudança. Pouco a pouco alguns estranhamentos, questionamentos, indignações vão sendo feitos pelos próprios trabalhadores. O modo da equipe colocar a agenda em funcionamento

vai perdendo sentido em relação à coerência com o projeto anunciado oficialmente por ela. Vai se impondo outro sentido, outro modo de utilizar a agenda como ferramenta. Vai se impondo também outro lugar para o usuário que não o de “paciente que espera na fila” e outro modo de construir a relação com o outro, muito embora, neste momento, a equipe não consiga engendrar-se máquina produtora de novas práticas. A equipe opera como força de resistência à mudança, mas enfrenta as dores de se olhar e se ver imperfeita.

As diferenças entram em ação. Alguns trabalhadores investem no movimento de discussão sobre as agendas, aceitando o desafio e o risco de encontrar outra forma de organizá-la. Elaboram propostas para discutir com a equipe. Outros trabalhadores empreendem energias em menor intensidade, outros partem para outra direção.

A *agenda* foi tema de discussão em várias reuniões de supervisão e também de discussão de casos de família, mas, apesar disso, a equipe não conseguiu efetivar na prática sua proposta de trabalhar com o agendamento por horário. Não conseguiu também aprofundar a raspagem dessa superfície de registro-controle.

A equipe criou uma forma de se dar tempo. Não estamos falando do tempo cronológico, do relógio e do calendário. Estamos falando da “cronogênese”, da lógica da gênese do tempo, não no sentido de causa, “mas de processo de constituição; (...) na medida em que são como linhas de tempo que se abrem, estas múltiplas e imprevisíveis direções em que vai se produzindo a realidade.” (ROLNIK, 1993, p. 243). Tempo do processo de constituição de uma nova forma de lidar com o agendamento dos usuários.

Esta paisagem revelou também importantes aspectos do modo de funcionamento da equipe que podem ser apreciados nos escritos de Fortuna (2003).

Isto confirma a tensão da constituição num mesmo plano de imanência, das questões do acolhimento e cuidado do usuário, das questões das relações entre trabalhadores e dos processos de gestão dos serviços de saúde.

Essas tensões se acentuam nos espaços coletivos de constituição da equipe como equipe, no processo de cuidar dos usuários.

E, n“*A Procura*” de caminhos, encontramos a força da *frágil saúde irresistível* de Cora Coralina (2002):

Andei pelos caminhos da Vida.
Caminhei pelas ruas do Destino -
procurando meu signo.
Bati na porta da Fortuna,
mandou dizer que não estava.
Bati na porta da Fama,
falou que não podia atender.
Procurei a casa da Felicidade,
a vizinha da frente me informou
que ela tinha se mudado
sem deixar novo endereço.
Procurei a morada da Fortaleza.
Ela me fez entrar: deu-me veste nova,
perfumou-me os cabelos,
fez-me beber de seu vinho.
Acertei o meu caminho.

No meio dessa viagem, entremeio a tantas dificuldades e sofrimentos para conseguir atendimento, o corpo encontra a Fortaleza de Cora Coralina, com sua “frágil saúde irresistível” que não pode engolir qualquer coisa (DELEUZE, 1997), que não aceita empanturrar-se dos enlatados e entubados industrializados, serializados, propostos pela subjetividade capitalística, que produz o modelo médico hegemônico.

E quais seriam as vestes, o perfume, o vinho que nos ajudariam a acertar o caminho para a saúde? Nos dizeres de Deleuze (1997, p. 14): “Qual saúde bastaria para libertar a vida em toda parte onde esteja aprisionada pelo homem e no homem?”. E Pelbart (2000) se pronuncia: “Nenhuma saúde bastaria para dar conta dessa tarefa, liberar a vida em toda parte onde esteja aprisionada” e prossegue:

O que fazer da vida senão viver? Busquemos a vida onde se possa encontrá-la. Uma vez que a tivermos encontrado, ela mesma resolverá os problemas. Cada vez que nós negamos a vida a fim de resolver uma dificuldade, fazemos nascer dez outros problemas em vez do primeiro [...] Quando os homens buscarem em primeiro lugar a vida, eles não buscarão mais as terras nem o ouro. [...] Buscai a vida e a vida trará a mudança..../Tudo o que é vida é vulnerável, só o metal é invulnerável. Combatei pelo frágil desabrochar da vida, mas então não cedei jamais (PELBART, 2000, p. 67-68).

E nessa busca da vida, resistindo à gorda saúde dominante, na ressonância da força da frágil saúde irresistível de Cora Coralina prosseguimos em nossa viagem explorando *as diferenças entre o que o usuário deseja e o que o trabalhador/serviço oferta/deseja*, que entram em ação a cada encontro:

Med1 – É eu tenho pensado bastante nisso, essa coisa assim, como você faz o seu trabalho nessas produções, né? Então, eu tenho pensado (...) coisas assim, que pode mudar muito a vida de uma pessoa, né? essa prática né? Então você imagina assim, o indivíduo que chega com dor aqui e encontra o outro que está fazendo um trabalho que ele não entende. Ele assim, recebeu ordem de fazer daquele jeito, ele não entende, ele está bravo com aquilo, então ele responde pro cara de qualquer jeito. O cara com dor... também...que não consegue encontrar assim, algo que o conforte, ou vai embora ou briga e aí assim...uma coisa que era pra ser uma produção de saúde torna-se um desastre. (Reunião da equipe 22/03/02).

Os desencontros entre trabalhadores e usuários que acontecem principalmente na entrada/recepção da unidade revelam as diferenças, os estranhamentos de necessidades, expectativas, maneiras de ver o mundo, concepções de saúde-doença, de intensidades, que geram fluxos de desejos que produzem ações, expressos nos conflitos, falas exaltadas, exigências e ameaças para ser atendido; disputa pela força, às vezes até chamados da polícia, virando manchetes de jornais. Uma produção de sem-sentidos, uma anti-produção de saúde e de vida.

Esses desencontros fazem os corpos vibrarem sensações e sentimentos. Os corpos se repelem (ROLNIK, 1989). A expressão do usuário que chega exigindo atendimento gera no trabalhador uma certa repulsa, captada pelo usuário. O trabalhador não quer atendê-lo, fixa-se no território de referência que o institui como *expert* em saúde, o mesmo processo que produz desvalorização do saber popular, colocando os cidadãos das comunidades na incapacidade de gerenciar sua própria vida, subordinando o saber popular ao saber científico. O usuário introjeta o trabalhador como alguém que não quer ajudá-lo e reage, agride. Por sua vez, põe o trabalhador no lugar de quem tem a obrigação de servi-lo, desafiando a hierarquia instituída do poder-saber numa disputa desigual.

O nosso desafio, como diz Baremlitt (1996), é colocar o saber e o conhecimento dos *experts* a serviço de promover o protagonismo e a autonomia do usuário, para lidar com seu modo de viver, fazer escolhas que melhor lhe convenha e o façam mais feliz.

Outro desafio é descobrir caminhos, criar coragem para desbravá-los e se permitir vivê-los, a exemplo dessa equipe que temos acompanhado. Vamos encontrando dificuldades, resistências, obstáculos, mas que não são maiores aos que os usuários enfrentam para conseguir atendimento em saúde e que a despeito de tudo, encontram, de alguma forma, algum tipo de solução.

O usuário vive o conflito de assumir-se *ser-necessitante-do-outro*, vive ansiedades, dores e sofrimentos, e expectativas de atendimento. Seu corpo se ressentida da receptividade, quando se depara com uma superfície dura, fria, pouco flexível, com regras, normas apresentadas verbalmente e através de cartazes afixados nas paredes, expressões sisudas. Vibra intensidades de sentimentos que afloram, frustração, desapontamento, raiva, dúvida, insegurança, e cria suas próprias formas de ação, de enfrentamento.

O trabalhador em sua onipotência não se vê também *ser-necessitante-do-outro* para se constituir trabalhador de saúde, *expert* em alguma coisa; reluta em assumir os usuários dão sentido a seu próprio existir, que no contato com eles afloram afetos que teimam em passar como fluxos e intensidades pelas fissuras do encontro.

Eis algumas multiplicações de possíveis desse encontro.

O usuário submete-se para conseguir o que deseja - na maioria das vezes a consulta médica; submete-se pelo medo de que algo pior aconteça, resignadamente aceita as regras do jogo, naquele momento (o que não garante que as condutas prescritas serão seguidas, pois fora da unidade, no território de domínio do usuário outras forças emergem), submete-se ao trabalhador pois sabe que precisará retornar outras vezes. Submete-se por desconhecer seus direitos. Submete-se por entender como “natural” o poder-saber do trabalhador de saúde, e portanto, conhecedor do que deve ser feito.

E não se submete. De forma mais dura, reage aos gritos e com agressão. Ou de forma mais flexível busca brechas para linhas de fuga: num

modo mais pessoal, de favores pessoais — linha que já nasce capturada pelas forças individualizantes da sociedade capitalista. Num modo mais burocrático, respeitando a hierarquia do estabelecimento, pede para falar com o responsável — linha também capturada pela sobrecodificação do Estado. Buscando participação social, leva o problema para instâncias organizadas como a comissão local de saúde, associações de bairro, concentrando forças para uma produção instituinte.

E busca sensibilizar o trabalhador de alguma forma, explorando nuances que vai aprendendo na convivência, no aprendizado social. Alega febre, dor e sofrimentos intensos. Chora. Acaba afetando, consciente ou inconscientemente, o trabalhador que está escondido, capturado por regras e normas. Às vezes tem sucesso, outras não.

E muitos outros modos de lidar com a pouca receptividade, o acolhimento impessoal comandado pela lógica da reprodução da ordem instituída.

A vibração dos corpos se propaga, ressoa no ambiente, nas pessoas, nos objetos, vai-se produzindo uma relação que inviabiliza a produção de projetos terapêuticos, de produção de cuidados e de direitos, engendrando uma máquina que captura o desejo, a produção de vida.

Enf2 – (...) eu fiquei pensando... mas o que será que a gente faz pra pôr tanto medo nas pessoas, porque a gente tenta fazer as coisas da melhor maneira possível, vai com a maior boa vontade, (...) hoje mesmo! A gente tava sentada ali, chegou uma mãe e perguntou assim: - tem consulta com a dra Med3? Aí a TE4 tinha acabado de falar – ela vai ter uma reunião hoje e não vai atender. Aí, ela nem esperou eu terminar minha frase. Ela virou as costas e foi embora e...aí...sabe, quando você fica pensando:- Nossa! Eu acho, talvez pudesse ter falado... Não sei o que eu falaria pra ela não virar as costas e ir embora. Mas sabe? Ela não esperou... Mas tem a dra Med4, mas...né ? (...) Aí você fica com aquela cara... Mas o quê que eu tô fazendo que não tô me fazendo entender? Tem alguma coisa...

Silêncio

TE4 – Não! Mas ela queria consulta com a Med3, não foi? (Falas juntas)

Enf2 - Não...mas foi tão instintivo (...) Eu virei pra ela e falei não. E ela virou as costas e tsss.... E com a cara feia assim. E não esperou... Se eu também estivesse com a cara feia... Ela olhou na minha cara e ela tava com a cara tão feia... Ih não! Vou embora! (Reunião da equipe - 22/03/02).

A usuária produziu em ato mais uma forma possível de lidar com a situação, e sem saber, abriu brecha para o questionamento e reflexão acerca da onipotência que a instituição do trabalhador-*expert* provoca. Um exemplo de desterritorialização em não se saber mais como agir, criando fluxos e intensidades que possibilitam aprender com a experiência.

Há um estranhamento do resultado do trabalho que passa pelo corpo da trabalhadora quando a usuária vira as costas e vai embora assim que ouve que a médica não vai atender porque estará em reunião. Esses corpos estão em cena, como o que representam na micropolítica do processo de trabalho em saúde, no modo como a lógica de funcionamento da unidade os leva a reprodução da ordem instituída.

O que se impõe nesta comunicação é a negativa do atendimento. O serviço não foi efetivo na organização de uma estrutura de atendimento que desse atenção e acolhimento ao usuário enquanto a médica participa da reunião. O estranhamento também se deve pelas relações instituídas socialmente, de poder entre médico e usuário, serviço de saúde e usuário; o usuário deve se submeter a organização do serviço, como não o fez, protestou virando as costas, daí o estranhamento.

O comportamento da usuária tira a trabalhadora do lugar habitual, questiona regras e normas e provoca afetos. Nessa desterritorialização a trabalhadora tateia outras possibilidades de resposta. Pequenas fissuras se abrem, por onde podem passar as linhas de fuga com potência para criar novas formas de acolher. O corpo que sentia repulsa muda a vibração, pode ser mais receptivo, pode exercitar a escuta, buscar outras formas de pensar, sentir, expressar-se e agir. O trabalhador pode resgatar a finalidade do seu trabalho, voltar-se para a produção do cuidado ao usuário.

Um corpo receptivo se abre para amparar o outro quando os corpos se afetam. Na reunião, a equipe discute a produção desse corpo receptivo, e concomitantemente os trabalhadores vão se dando conta de seus próprios limites, num processo contínuo, dinâmico de produção de conhecimento com o outro.

Med1: (...) às vezes, a dor do outro, é tão doída na gente; é melhor não ver mesmo e a gente sabe que a gente não vai dar conta! Então a gente fica com aquela sensação assim: não vou conseguir fazer nada

mesmo, né? Então fica: não é problema meu. Então, mas, se a gente consegue pensar: eu não to conseguindo enfrentar essa situação porque a situação de dor é muito grande, né? Então se eu divido isso com outra pessoa, né? (Reunião da equipe - 15/03/02).

No trabalho em saúde, o plano dos afetos compõe uma das dobras do atendimento, que sempre se constitui no mesmo instante em que a ação se processa. Usuário e trabalhador se fazem sujeitos da ação, à medida que constroem um processo de trabalho regido por distintas lógicas (MERHY, 1997), abrindo campo para múltiplas possibilidades de agir e de se fazer sujeito da produção.

Nesse espaço intercessor, o trabalhador de algum modo fará a gestão do cuidado de acordo com a disponibilidade e diversidade da agenda, a partir da oferta de procedimentos, da possibilidade de acionar outros trabalhadores, das condições de trabalho daquele encontro, da sua própria relação enquanto trabalhador com o seu trabalho, e de muitos outros componentes de sua caixa de ferramentas. O agir em saúde que se faz num campo aberto de possibilidades para um viver sensível, imerso no universo das relações e dos afetos, por onde passam as linhas de fuga, é atravessado pela lógica técnica.

O acolhimento está intimamente relacionado a capacidade de afetar e ser afetado no trabalho e de suportar a própria dor ao entrar em contato com a dor do outro e de atuar como uma “mãe suficientemente boa”²⁸ (GUIMÓN, 2002).

²⁸ Guimón (2002) utiliza o conceito de mãe suficientemente boa de Winnicott para discutir o trabalho da equipe terapêutica em saúde mental. Denomina “equipa terapêutica amante” aquela que “é capaz de assumir as necessidades dos pacientes e evitar de lhes fazer agüentar as dificuldades próprias de seus membros. Mas, assim como a função de mãe amante não é, segundo Winnicott (1958), a única função da ‘mãe suficientemente boa’ - ensino da manipulação adequada da realidade, do cuidado a ter para consigo próprio e para como os outros, etc. - entre as quais algumas poderiam pertencer às funções do ‘pai suficientemente bom’ que ainda não foi descrito.” (WINNICOTT, 1958 apud GUIMÓN, 2002, p.156). Conceitua-se “mãe suficientemente boa” como aquela “que realiza uma adaptação activa às necessidades da criança, essa adaptação diminui aos poucos, em função da capacidade crescente da criança de assumir os seus insucessos de adaptação e para tolerar as consequências das frustrações” (WINNICOTT, 1971 apud GUIMÓN, 2002, p. 156). Apoiando-se em outro autor, Guimón (2002) ainda acrescenta; “Uma das qualidades da mãe suficientemente boa é a sua capacidade de aceitar o facto de que a criança tem o direito de lhe exprimir todas as suas necessidades, os seus desejos, os seus sonhos e os seus sentimentos, quer sejam bons, quer sejam maus, agradáveis ou desagradáveis, mas também a sua capacidade de não esperar da sua criança que tenha as suas necessidades, os seus desejos, os seus sentimentos próprios mais ou menos inconscientes e totalmente inadaptados à relaxação mãe-criança e dos quais deve procurar a satisfação noutro lugar. Por exemplo, continua Layland, a criança tem o direito de exprimir à sua mãe as suas idéias depressivas e esperar uma ajuda da sua parte. Em troca, agüentar uma mãe deprimida não é papel da criança. É a essa qualidade da ‘mãe suficientemente boa’ que Layland chama ‘mãe amante’” (LAYLAND, 1981 apud GUIMÓN, 2002, p.156).

Agüentar a deposição das ansiedades dos usuários, suas dores e sofrimentos e encorajá-los a assumir mais autonomamente sua própria vida à medida de suas capacidades, é papel do trabalhador de saúde, como a “mãe suficientemente boa” que aceita a expressão das necessidades da criança ajudando-a na adaptação ativa de acordo com suas capacidades de enfrentar os insucessos e as frustrações. Constrói-se uma forma possível de acolhimento.

Essa deposição nos trabalhadores, especialmente os do setor da recepção se faz de forma intensa, talvez mais que em outros trabalhadores de etapas posteriores do processo de trabalho da unidade de saúde, por ser o primeiro contato com a unidade de saúde, quando a intensidade dos fluxos criados pelas necessidades está mais acentuada.

A busca de conhecimentos de como lidar com as situações causam sofrimentos nos trabalhadores, e as dores se misturam:

Enf2 – (...) o que eu tô querendo colocar,(...) é que tem jeitos e jeitos da gente falar as coisas entendeu? E que às vezes uma pessoa passa por ruim, (...) mas é a maneira, porque tem jeito que a pessoa chega e fala. Se entende e vai bem..., mas tem hora que, sabe? que bate de frente. E aí a pessoa fala assim:- mas eu tenho medo de falar com a Enf2 porque tem hora que (...) do jeito que vai, volta. Entendeu? Mas tem hora que também fico com medo de escutar, só escutar...porque vocês vêm e ...tem hora que vem de maneira pra cima da Enf2 como quem diz:- você tem que dar um jeito é obrigação sua. E é coisa que é igual o Med7 falou: é insolúvel. Entendeu? Eu posso, eu posso ajudar, eu posso resolver ? Posso. Por exemplo a situação da Dona A, chegou a um ponto, (...) Que eu não agüento mais,(...) Porque ela faz pressão de um lado, o outro faz pressão do outro, o outro...então chegou a um ponto que a hora que falar na Dona A, eu falo:- eu não vou interferir, o que decidirem pra mim (...). Porque vem de uma maneira tão agressiva (....) Tudo bem, tá angustiado, tá preocupado, tá...? Mas vamos com calma, não precisa vir com... sabe? Não precisa vir tão desesperado, tão agressivo... Porque sabe? Faz noventa e seis anos que a mulher é viva, não é agora que a gente vai..... (Reunião da equipe - 05/04/02).

A proposta de “dividir com o outro” feita pela trabalhadora aponta a necessidade de apoiar os trabalhadores de saúde no enfrentamento de suas dores, principalmente aquelas desencadeadas pelo contato com a dor do outro que reflete as suas próprias, sem esperar que os usuários tenham que

suportá-las. Também pode representar uma forma de acolher o usuário: acolher compartilhando o trabalho e os afetos com outro trabalhador.

Mas no episódio relatado, o sofrimento da trabalhadora para suportar as ansiedades dela própria, dos membros da equipe e as manifestações da usuária é grande a ponto de levá-la a uma anti-produção. Sente-se imobilizada, vai aguardar o que o outro decidir. Não vai interferir. Seu corpo vibra repulsa e não vibra produção do cuidado da usuária, ou melhor, não vibra. Inércia, uma espécie de morte. Torce pelo não encontro. Foge do afeto sem perceber que já está afetada. Gera nos outros trabalhadores impressão de desresponsabilização e de não cooperação, dificultando a construção do projeto terapêutico coletivo.

Que outros possíveis poderiam existir? O virtual como potência de se realizar uma produção cuidadora, acolhedora, de uma equipe amante? Haveria alguém em melhores condições de ser continente? Haveria possibilidade de formar parcerias, dividir as dificuldades em lidar com alguém (da família, da equipe, da vizinhança) que reage de forma agressiva a sua condição de vida? Haveria algum familiar em condições de intermediar a situação?

Mas a trabalhadora e a equipe, naquele momento se fixam no impossível. “É insolúvel”. Captura pelo instituído. Resistência à mudança, fenômeno da dinâmica grupal observado nas relações entre membros da equipe e também em entrevistas de atendimento individual (BLEGER, 1995).

E se são fenômenos grupais, pausa para um pouco de poesia.

De Madalena Freire (1993, p.66): *"Que diabo tem esse grupo?"*

Que diabo tem esse grupo que dá tanto medo e ansiedade?
Que diabo tem esse grupo que o risco de ser eu mesmo me amedronta tanto?
Que diabo tem esse grupo onde o 'não sei' é o início para o aprender?
Que diabo tem esse grupo que me deixa desvairada à procura do significado de tudo?
Que diabo tem esse grupo onde minhas hipóteses 'corretas' são desestabilizadas, me fazendo duvidar de tudo?
Mas que diabo de grupo é esse onde me criticam?
Que diabo de grupo é esse que me faz sentir às vezes tão incompetente?
Que diabo de grupo é esse que não me 'dá colo' quando choramingo, na minha indisciplina...
Mas que diabo de grupo é esse?

E a todo momento no trabalho em saúde, em especial na relação com o usuário e com os colegas da equipe, como num espelho, nos vemos refletidos, e vivemos um intenso processo de reconstrução da alteridade, estranhando-nos, sofremos, reafirmando-nos, transformando-nos, com o outro, e em grupo. As dores do usuário nos fazem entrar em contato com nossas próprias dores, tão bem expressas, à flor da pele, por Madalena Freire.

Os desencontros outras vezes são menos explícitos. O usuário se submete ao instituído, obedece as regras e normas para conseguir o atendimento que em seu imaginário vai obter.

Nestes casos funcionam como peças que se encaixam perfeitamente nessa máquina de produção de procedimentos que captura os desejos de vida com saúde e autonomia. Não fazem exigências, aceitam as regras do jogo, chegam humildemente.

O outro corpo, o do trabalhador conecta, nesse modo de funcionamento que lhe traz satisfação, pois o usuário não se contrapõe, aceita sua decisão, coloca-o no lugar de quem sabe e atribui-lhe o poder de decisão, massageando seu ego sedento de reconhecimento. Referenda a produção social dos *experts* da saúde e dos usuários despossuídos dos saberes de seu próprio viver (BAREMBLITT, 1996).

Os corpos se atraem, mesmo que num “como se”, complementam-se na relação, os papéis se fixam, as linhas de segmentaridade muito pouco flexíveis, criam uma relação de dependência, produzem a reprodução do *status quo*, não se produzem sujeitos ativos de um modo de viver autônomo.

Poucos usuários procuram diretamente o médico no consultório, burlando o esquadramento estabelecido, quebrando as regras instituídas.

Med5 – Ó, tem uma pessoa que eu atendi assim que eu cheguei, a dona E que tem um irmão que ela tem tá na UTI, ela queria saber como funcionava a UTI, se ela podia...se era legal o negócio de ficar só dez dias e tá pedindo pra tirar o irmão dela na UTI da Unimed, quer dizer...

Sup1 – Isso é um atendimento, gente?

Integrante – É. (FALA SIMULTÂNEA)

Sup1 - Eu também acho que é. O quê que vocês acham? (FALA SIMULTÂNEA)

Vários - É.

Med5 – Só que não foi no telefone, nem na recepção, nem no... Ela tava aqui dentro, tadinha, tava chorando, aí me contou a história... (FALA SIMULTÂNEA)

Sup2 –Ela nem tinha chegado na recepção? (FALA SIMULTÂNEA)

TE1 – Não. Ela entrou direto. (...) (FALA SIMULTÂNEA)
(Reunião da equipe - 19/04/02).

Neste exemplo acima, a senhora foi acolhida na necessidade de atenção, mesmo sem seguir a rotina de passar pela recepção. Foi reconhecida como ser-necessitante, mobilizou a razão sensível do trabalhador que assumiu a escuta, proporcionou conforto, foi solidário.

Nem sempre isso se dá assim. Quando alguém busca um caminho novo, em meio a regras e normas bastante arraigadas, em geral, obtém como resposta, a orientação para seguir o fluxo normal, dirigir-se à recepção. É a força do instituído cortando o mínimo movimento de quebra, o que poderia se constituir como linha de fuga é rapidamente capturado pelo “fluxo natural”.

Aquele usuário todo esperançoso de atenção, necessitado de acolhimento caloroso, se vê novamente no corredor estreito e frio das regras e critérios de entrada da unidade. A vibração alegre e esperançosa logo se dissipa. O sorriso se desfaz, a dor se intensifica e a reação também. Várias sensações no corpo. Raiva de quem corta o fluxo da produção do desejo, capturando-o através das normas, impedindo a realização desse desejo de satisfação de necessidade. Frustração por não ter conseguido seu intento, e de não ter um aliado com pouca força de barganha para intermediar por ele, indignação pela usurpação de seu direito de acesso. Revolta e ressentimento.

Outra linha de fuga se esboça. O vínculo entre trabalhador e usuário. O usuário procura o trabalhador que conhece para que este o ajude e interceda a seu favor. Ou, o próprio trabalhador se aproxima do usuário para encorajá-lo a cuidar de si. Um desses trabalhadores que tem sido mais frequentemente procurado é o agente comunitário, que vai construindo e alimentando o vínculo com seu trabalho diário, visitando as casas e tornando-se uma referência para aquele usuário. Alguém que pela

proximidade, por morar no bairro está mais envolvido, mais sensibilizado pela problemática, mas que no território da decisão de quem fica ou não fica para atendimento tem pouca autonomia.

ACS4 - E também assim, têm alguns casos que não, às vezes não dá pra atender (...) conversar pra ver se pode fazer algumas coisas. Às vezes ela (médica) atende também.

(...)

Sup1 - Como que você faz? (...)

ACS4 - Ó, eu vou...eu vou...eu vou até ela com receio.

Sup1 - Ah!

ACS4 - É, eu fico bem assim, que tem hora que ela não quer fazer assim, não sei por que. Às vezes demora a vir, a pessoa perde a paciência e vai embora! Já aconteceu. Mas com ela, já vou com receio. O Dr Med6 já não, já vou... Sei que eu vou conseguir alguma coisa.

Sup1 - Esse seu receio, ACS4, você pode falar o quê que é?

ACS4 - Ah não sei se a gente é muito ansiosa por querer resolver as coisas, então às vezes a gente pede e não é atendido. (Reunião da equipe - 28/06/02).

O trabalhador se põe em ação tentando conseguir o atendimento para o usuário. Há um investimento de interesse e desejo envolvidos nessa ação. Abre e fecha possibilidades de linhas de fuga.

Pode fazê-lo assumindo a lógica do usuário. Cola na razão sensível, coloca-se em seu lugar, sente suas dores e sofrimentos. Os investimentos movem-se pela solidariedade, pelo desejo de ajudar o outro, assim como também se movem por motivos pessoais do trabalhador, de sobrevivência, prestígio e outros; e que ao final, resultam na potência de engendrar uma máquina produtora de cuidado e atenção.

Às vezes o trabalhador cola na lógica instituída do serviço, e deste modo se põe na busca de atendimento para o usuário, como por exemplo, incorporando as linhas de segmentaridade mais duras e de ressonância concêntrica do saber fazer do médico, das regras da regionalização, do número de consultas, da exigência burocrática de documentos para ser aceito para atendimento. Muito provavelmente vai obter a realização da reprodução do modo de produzir saúde, reafirmando a hegemonia do poder/saber do médico e as linhas que delimitam os territórios instituídos dos trabalhadores e dos usuários.

Se consegue seu intento, satisfação. Sente o apoio dos outros trabalhadores envolvidos, fortalece a pertença à equipe, estímulo para investir em realizações de trabalho. A depender de como o trabalhador toma a finalidade de seu trabalho, o usuário pode ficar como um eterno devedor do favor, devendo submeter-se ao trabalhador, especialmente se a ação produzida for entendida como um trabalho a mais, além do que estava previsto, um sobretrabalho, para o qual não foi remunerado. Reflexos da lógica capitalista e da cultura coronelista de nossa sociedade, os correligionários, eternos devedores da proteção dada pelo grande senhor²⁹ (QUEIROZ, 1977). Estaria se produzindo uma máquina fascista que oprime, subjuga.

Se não consegue atendimento para o usuário, sente rejeição, desprestígio, falta de colaboração da equipe, fragilização do vínculo e do sentimento de pertença. A deposição dos sentimentos pode voltar-se para os usuários, diminuindo as possibilidades de cuidar.

Med1 – quando os agentes comunitários começaram a trabalhar aqui, vocês não vinham assim: mas o fulano precisa ser atendido... Vocês tavam vivendo essa angústia, né? Dos pacientes que precisam ser atendidos e que não conseguem ser atendidos, né? Então é essa a mesma coisa: conversar com médico e conversar com paciente, né?

Silêncio

Med1 – porque inclusive tem a coisa do poder instituído e o que não tá assim... (...) o poder (...) que algumas pessoas acham que tem, não é?

Silêncio (Reunião da equipe - 15/03/02).

Quando os agentes comunitários se manifestam na equipe trazendo a indignação pelo não atendimento segundo a expectativa do usuário, provocam desterritorialização de certos membros da equipe, os técnicos, os *experts* em saúde. Colocam interrogações em certezas instituídas, em modos de fazer já não mais questionados, tanto no âmbito da assistência a

²⁹ Queiroz (1977) analisa o coronelismo no Brasil sob a ótica sociológica. Aponta como um fundamento da estrutura coronelista a posse de bens de fortuna, sendo que o prestígio dos mesmos decorre da capacidade de fazer favores. Com o processo de crescimento demográfico, urbanização e industrialização a sociedade coronelista teve um declínio progressivo e irregular no país, mas se manteve continuidade do mando até nossos dias. Os coronéis e seus parentes, além de ser possuidores das grandes propriedades rurais, mantiveram o domínio nos setores da indústria, comércio e de grandes organizações de serviços públicos ou privados, através de seus membros exercendo profissões liberais, permanecendo nas camadas superiores da estrutura sócio-econômica e política do país.

ser prestada, como no fazê-la, na organização do serviço, e também em relação aos papéis de cada membro da equipe no processo de produção das ações de saúde. Cavam espaço para o não-saber, denunciam o não saber lidar com o plano dos afetos, com o plano das questões que estão fora do âmbito tecno-científico e dos processos anátomo-fisiológicos do adoecer e do cuidar.

No entanto, essa desterritorialização provoca na equipe um movimento de defesa, provocado pelo medo do novo, medo da perda das certezas, que resulta em não escuta, não consideração da fala dessas mesmas agentes comunitárias.

Ao mesmo tempo, a potência dessa desterritorialização que o agente provoca é a ruptura para a criação do novo, para a produção da transversalidade no grupo (equipe de saúde), possibilitando o engendramento de uma máquina desejante, a produção do cuidado ao usuário como prática transversal (GUATTARI, 1981; BAREMBLITT, 200-?) indo além do já dado, situação em que os fazeres de cada membro da equipe se darão a partir de novas referências e não só das tecno-científicas e das regras e normas dos serviços.

O agente comunitário, no papel de porta-voz da necessidade do usuário e mais próximo a sua realidade, busca agenciar formas de catalisar a reação química entre os corpos que se repelem. Articula as bases para a construção da transversalidade na equipe. Procura algum canal possível de sinapse. Procura parceiros, aguçando a sensibilidade para encontrar a melhor forma para trazer a necessidade do usuário, aquela que pode engendrar a máquina de produção de cuidado. O agente comunitário pode funcionar como um dispositivo transdisciplinar, desencadeando:

produções de multiplicidades e singularidades, subjetivações e alteridades, agenciamentos rizomáticos, que estão mais além ou mais além do individual, do grupal, do coletivo, do sujeito e do objeto, das organizações e das redes convencionais. Tais dispositivos ou agenciamentos transdisciplinares podem ser resultantes de composições de energias, forças e matérias (formas e substâncias de conteúdo e de expressão) extraordinariamente inovadoras. (BAREMBLITT, 200-?, p. 10).

Um fechamento para a entrada que permanece aberta

Entre tantas possibilidades de explorar a entrada como um platô desta viagem, capazes de revelar sentidos e sem-sentidos, perscrutamos algumas das paisagens que nos foram configurando mundos, multiplicando possibilidades de reorganizações necessárias para viabilizar o trabalho de acolher e cuidar do usuário, ora mais como reprodução, ora mais criativas. Possibilidades entre instituído e instituinte, no meio, pelo meio, entremeio. Escutar, dividir, compartilhar, solidarizar-se, assumir-se ser necessitante, deixar-se afetar e ser afetado.

E no meio de nossas supervisões, Jorge Bichueti nos alerta: relações da equipe e acolhimento do usuário, objetos de pesquisa, complementares e antagônicos. O paradoxo da resistência da equipe à mudança do funcionamento da agenda para produzir acolhimento do usuário em outras bases. Resistência justificada. Estabelecimento que conduz ao modo de funcionamento paranóico da equipe (FORTUNA, 2003). Cultura coronelista e mentalidade inamptiana ainda não superada na saúde que coloca o usuário no lugar do paciente que espera na fila. A reprodução do modelo médico centrado produzindo pronto-atendimento e desgaste.

Paradoxo que abre passagem para outras paragens, outras viagens, outras paisagens, outros devires da relação trabalhador-usuário:

Devir-cidadão

Devir-compassão

Devir-cuidado

Devir-paixão

Devir-amor

Devir-fortaleza Cora Coralina

Devir-vida.

Os trabalhadores vão às casas dos usuários.

Era uma casinha
pequenina,
onde o nosso amor nasceu

Agora a porta de entrada é a da casa do usuário.

Esta é a paisagem que vamos explorar. A equipe tomou as visitas domiciliares como porta de entrada do usuário na unidade de saúde por elas representarem uma das formas de se criar/receber demandas. Esta prática amplia a área de atuação para além dos muros da unidade de saúde. A oferta de trabalho alcança a rua, as praças, a comunidade, as casas, as famílias.

Quando o trabalhador vai à casa do usuário inicia um processo de trabalho diferente daquele de quando está na unidade de saúde, um trabalho também conformado por um emaranhado de linhas também diferente.

É o trabalhador quem bate à porta. Para chegar lá, saiu da unidade de saúde, ganhou as ruas, o espaço aberto. “O espaço é como o ar que se respira [...] para que se possa ‘ver’ e ‘sentir’ o espaço, torna-se necessário situar-se” (DAMATTA, 2000, p. 29).

“Casa” e “rua” são espaços que estão em oposição. O espaço “casa” tem delimitação relativa, desde um espaço íntimo e privativo de uma pessoa até um espaço público, como minha rua, meu bairro, meu país (DAMATTA, 2000).

“casa” e “rua” são categorias sociológicas para os brasileiros [...] não designam simplesmente espaços geográficos ou coisas físicas comensuráveis, mas acima de tudo entidades morais, esferas de ação social, províncias éticas e, por causa disso, capazes de despertar emoções, reações, leis, orações, músicas e imagens esteticamente emolduradas e inspiradas (DAMATTA, 2000, p. 15).

Quando o trabalhador sai da unidade e ganha as ruas, que emoções emergem? Como se sente nas ruas? Preparou-se para estar ali? O que leva consigo? O que espera encontrar?

Quando ele bate à porta do usuário o que acontece? Como é recebido? Como amigo, conhecido, estranho, autoridade? Que ressonâncias essa experiência provoca?

A relação entre trabalhador e usuário vai se dar agora em outro território, a casa. Esse deslocamento do espaço de ação da unidade para a casa parece provocar uma certa desterritorialização. Há um estranhamento da segmentaridade instituída: casa espaço privativo da família, e agora espaço de trabalho em saúde. São espaços de significação social:

casa, rua e outro mundo - que fazem mais do que separar contextos e configurar atitudes. É que eles contêm visões de mundo ou éticas particulares (...) esferas de sentido que constituem a própria realidade e que permitem normalizar e moralizar o comportamento por meio de perspectivas próprias (DAMATTA, 2000, p.47-48).

Tradicionalmente há coisas que se faz na rua, outras que só se faz em casa. Nas casas sempre há um espaço reservado para receber visitas. O trabalhador de saúde quando bate à porta do usuário pode ser identificado e assim tratado como um estranho ou como amigo, mesmo que nunca tenha se encontrado antes com a pessoa. São as potências virtuais que configuram realidades (BAREMBLITT, 1998).

A casa é o espaço de domínio do usuário, da família. A abertura de suas portas não está no controle do trabalhador de saúde. Há outras questões em jogo.

ACS4 – Porque é assim ó: a família...a mãe dela, são duas famílias, ela mora na casa da mãe. Ela foi uma que engravidou e perdeu o nenê há pouco tempo. Eu que cuido desse (...), mas eu nunca consigo entender e receber.. É complicado. Pra chamar na porta, é uma dificuldade pra atender. (...) E o problema, eu não consigo entrar na casa direito. Eu não consigo conversar com o pessoal direito, eu não consigo! A I fica assim: ahn? (...) Aí eu fico chamando, ah eles não gostam de atender não, você chama, pode chamar que eles não vão te atender não. Então assim, eu tô com essa dificuldade, que eu não consigo saber nada (...) (Discussão de caso - 23/04/02).

A decisão de abrir a casa, abrir-se para a relação está sob o domínio do usuário. O trabalhador, a agente comunitária, sente seu limite.

À medida que a equipe consegue se articular e buscar brechas para aproximar-se da família, vai podendo acompanhar e atualizar as relações, demonstrando disponibilidade de ajuda. Assim, abre caminhos de acesso à casa e a outras esferas nessa relação.

ACS4: - (...) Teve um dia, eu levei a ACS3, porque a ACS3 é amiga deles (...) Vamos comigo pra ver se eu consigo descobrir alguma coisa. Foi a única vez que eu entrei na casa. (Discussão de caso - 23/04/02).

A tensão do trabalhador não é dele propriamente, mas a tensão que se configura pela proposta de um certo controle público do espaço privado.

Há que se ter extremo cuidado ao criar formas de entrar nos domicílios. Lançamos mão do vínculo, da confiança; entramos na intimidade da família. Franco e Merhy (1999, p. 3) nos alertam para o risco da “visita domiciliar compulsória” “significar uma excessiva intromissão do estado na vida das pessoas, limitando sobremaneira seu grau de privacidade e liberdade”. Os aspectos éticos se impõem, como sigilo, respeito, mas especialmente o caráter de controle.

Para Deleuze (1992) corremos o risco de sermos capturados pela lógica da “sociedade mundial de controle”, situação em que se faz um controle contínuo e ilimitado da sociedade, em espaço aberto, numa espécie de modulação sem fim, utilizando máquinas como as de informática e computadores. Aqui estamos falando do risco do PSF embora alternativa à crise da saúde, poder oscilar entre o controle e a mudança, atuar no núcleo privativo da sociedade, *a família em sua casa*, observando, escutando, registrando, alimentando dados do sistema de informação, para identificar e vigiar grupos de risco, “sem médicos e sem doentes” (DELEUZE, 1992, p. 225) e sem a mobilização para satisfação de necessidades e realização de desejos das pessoas.

As visitas domiciliares estão colocadas como a base de atuação das equipes de saúde da família com a finalidade de monitorar e acompanhar as famílias e identificar necessidades e situações de risco (BRASIL, 1998a). São

as agentes comunitárias que, no exercício diário de estar em relação com os usuários, no espaço íntimo de suas casas, mais freqüentemente recebem informações mais íntimas, mais confidenciais. Quando estes usuários procuram a unidade para atendimento, é comum não explicitarem, num primeiro atendimento, essas questões mais íntimas, mesmo para o médico.

ACS4 – É. Porque tem muitos pacientes meus, eu faço isso! Quando eu sei que vai ter uma consulta, que às vezes até eu mesma marquei. Aí o médico conversa. Foi assim, assim, assim,... Então você pergunta, por que de repente, tem muita gente quer...primeiro, travesti por exemplo, muitos querem fazer o teste da...

Sup2 - HIV

ACS4 - Não falam! E lá na casa falam comigo. Teve um que veio (...) Então ele veio com os outros, aí começou, passou por consulta, aí eu voltei lá e... O doutora, você pediu teste disso, exame disso? Não, ele não pediu, e eu falei:- não! Porque eles querem... que lá fora, o pessoal antes da consulta conversou comigo. Aí eles ficam sem coragem de falar, entendeu?

Sup2 - Esse problema é só com o pessoal médico?

ACS4 – Não. É dentro da recepção, né? (Reunião da equipe - 14/06/02).

Acolher a demanda do usuário expressa no espaço da casa impõe a necessidade de compor uma certa máquina para operar o cuidado: usuário e agente comunitário de saúde (ACS) e técnicos da recepção e médico e outros (“e” como soma, acoplamentos). Corpos que se afetam e que se produzem em ações de saúde a partir das linhas de ação das diferenças, de como cada um se implica neste encontro. Não se trata da “boa vontade” ou não dos trabalhadores envolvidos, mas sim, do modo como as lógicas de reprodução da sociedade operam o encontro.

A agente comunitária assume o papel de intermediar a relação médico-usuário, falando pelo usuário sobre o pedido de exame, ajudando-o a encaminhar uma problemática importante em sua vida, mas, para a qual não se sente fortalecido para enfrentar sozinho. Embora esteja no papel de porta-voz, com intencionalidade de ajudar, pode, no entanto, estar produzindo dependência, colocando o usuário no lugar de quem não sabe ou de quem não é capaz de se expressar, reproduzindo o modo de se relacionar com as pessoas. Pode ainda estar expressando uma necessidade

mais dela própria que do usuário, querendo saber se ele é portador ou não do vírus HIV. Preconceito? Discriminação? Novamente reprodução social? Enfim, uma tênue linha de fuga que se faz passar por fissuras mínimas do instituído, corre o risco de rapidamente ser capturada pelas linhas duras das segmentaridades instituídas.

Nas visitas, acontece explicitação da diferença dos modos de viver, de ver a vida, o mundo, a diferença de valores. Diante disso, o trabalhador pode se fixar no seu modo de ver e agir, e colocar o usuário no lugar daquele que não sabe, mas pode por outro lado haver um estranhamento, levar a uma reflexão, abrindo espaço para esboçar a multiplicação de possibilidades.

Med1 – (...) tem uma população que tá num nível de miséria, não é miséria concreta não, é miséria... assim: total! é miséria até da capacidade de pensar, né? Que ele não consegue entender, né? Que, por exemplo, que... ele tem que vir numa consulta sem doença, pra não ter doença. Ele não consegue ter essa explicação. (...) então cê vê se esse nível de raciocínio, então assim, cê acha que Deus vai deixar eu ficar doente? Certo? Será que Deus vai deixar eu morrer se não for a hora? Então, como você consegue, entendeu?...passar pro paciente o seguinte:- olha, se você não cuidar da sua dieta, você vai ter hipertensão, vai ter diabetes, e você pode ter um derrame e morrer por isso. Aliás as pessoas não conseguem nem...

Med7 – Exatamente... o paciente (...) isso é perigoso!

Med2 – Achei interessante essa história de Deus, pelo seguinte: como é que esse pessoal, esses pastores conseguem tanta adesão?

Med1 – Então, é isso, porque a nossa comuni.... (fala cortada)

Integrante – Acho que falta alguma coisa na gente pra conseguir.

Med1 – Mas é exatamente isso! (fala simultânea) (Reunião da equipe - 07/06/02).

Embora a visita domiciliária seja um instrumento de trabalho desde primórdios da saúde pública, o enfoque proposto no Programa de Saúde da Família é o de acompanhamento, em que se trabalha a construção de vínculo, e assim, a prática deixa de ser algo estritamente técnico, com um objetivo pontual e com a finalidade de controle, e seja transformada em um campo de trabalho de construção de bens-relação, um plano de imanência de potências criativas de ações de saúde (FRANCO; MERHY, 1999; PEREIRA, 2001). Um plano virtual que vai cristalizar-se em uma ação (de

produção, reprodução ou antiprodução) quando o trabalhador de saúde bate à porta da casa do usuário.

As visitas são os braços, os olhos, os ouvidos do estabelecimento que se estendem até o lugar do usuário. O trabalhador ao realizá-la vai expressar e concretizar em ações a alma do estabelecimento, seus desejos e potências. Quantas surpresas! Quantos afetos! O que fazer com eles? Entramos em contato com diferentes dinâmicas de modos de viver, como no modo espinosista (que não separa as coisas ditas naturais, daquelas ditas artificiais). Estamos em permanente contato com uma composição de velocidades e lentidões, de poderes de afetar e ser afetado num plano de imanência sempre variável, que não cessa o processo de composição. “Eis por que Espinosa lança verdadeiros gritos: não sabeis do que sois capazes, no bom como no mau, não sabeis antecipadamente o que pode um corpo ou uma alma, num encontro, num agenciamento, numa combinação”. (DELEUZE, 2002, p.130).

Assim, nos encontros trabalhador-usuário, seja na unidade de saúde, seja nas visitas domiciliares, emerge um mundo, de conceitos e de afetos:

Med7 - (...) vocês são a linha de frente, entendeu? quer dizer, você que está indo nas casas e quem está na recepção é que recebe as pancadas iniciais, e que geralmente recebe o paciente num estado de ansiedade maior. Então ele lá, ele chega xingando, falando tudo o que ele quer falar, certo? Às vezes não tem nada a ver com a gente, tem a ver com a gente, às vezes pelo fato de não ter sido atendido naquele minuto ou pelo fato de não ter sido atendido em outros lugares ou o fato de ter sido atendido em outras épocas da vida dele né? E ele chega e o cristão que tá na portaria ali recebe a primeira pancada e quem faz a visita domiciliar também.

ACS4- Aconteceu um caso comigo.....(fala junto) (Reunião da equipe - 05/04/02).

Bem, há uma certa naturalização da violência. Produção midiática da nossa sociedade?, da lógica da sociedade do espetáculo? O fato é que consumimos continuamente notícias sobre violência e não percebemos que temos nosso lado agressivo, violento e cruel, manifestações tipicamente humanas (NAFFAH NETO, 1998).

O desafio para o acolhimento é compreender que

A capacidade diferente de cada ser humano acolher e elaborar o seu lado agressivo, violento, cruel, é decisivo não só na determinação da maneira como fica mais ou menos à mercê desses impulsos, nas diversas situações de vida, como na determinação das maneiras com que interpreta a emergência desses impulsos em situações outras (NAFFAH NETO, 1998, p. 84).

No movimento de reprodução da lógica instituída depositamos no outro essa agressividade e não nos percebemos reprodutora dela.

No funcionamento paranóico da equipe, o usuário é visto com resistência, alguém que, pela ansiedade que vive no momento, vai dar pancada. O trabalhador da recepção ou da visita domiciliária se sacrifica como “o cristão” que recebe essa primeira pancada. Mas o que faz com que a luta pelo direito à saúde chegue ao extremo da força? E as conseqüências para a saúde do trabalhador? Qual o corpo que vai se dispor a levar pancada? Quais defesas estão sendo criadas?

Furtado (2001, p. 213) identificou nos trabalhadores de um serviço de assistência domiciliar um “sentimento de insegurança gerado pela circulação por bairros considerados perigosos [...] caracterizada como um sentimento individual difuso de perigo face à agressão física ou ato criminoso, que implique em prejuízo à integridade física e psicológica do indivíduo”. Outros aspectos apontados pelo autor como estressantes para trabalhar nos domicílios foram o convívio com a miséria, o sentimento de impotência face à magnitude destes problemas, o esforço do deslocamento físico para execução das tarefas e a sobrecarga de decisões solitárias impostas pelas necessidades imprevistas.

A análise da situação pela equipe é essencial para inventar formas de lidar no cotidiano com essa problemática e poderia ajudar os trabalhadores a ampliar sua capacidade de suportar a deposição das ansiedades dos usuários, compartilhando as dificuldades, responsabilizando-se coletivamente pela busca de alternativas, assumindo um papel mais próximo da “equipe amante” (GUIMÓN, 2002).

As visitas podem se tornar espaços de expressão de sentimentos e reivindicações de atendimento no mesmo movimento em que se constitui espaço de escuta.

Quando encontramos um corpo que convém à nossa natureza e cuja relação se compõe com a nossa, diríamos que sua potência se adiciona à nossa: as paixões que nos afetam são de alegria, nossa potência de agir é ampliada ou favorecida. (DELEUZE, 2002, p.33-34).

Med1 – Então, porque inclusive isso, os agentes comunitários têm trazido pra essa reunião, inclusive pra discussões das visitas, né? Que os pacientes têm várias queixas em relação ao atendimento aqui. (...) Os pacientes têm reclamado da forma como são atendidos aqui, é... Assim, da complicação que é vir pra marcar uma consulta, assim, de uma forma geral né? (Reunião de equipe - 07/06/02).

A fala do usuário afetou as agentes comunitárias, que afetou o outro trabalhador que juntos compõe uma micro-máquina que busca potencializar as ações possíveis junto à equipe. É um movimento de agenciamento que se inicia.

Entretanto, a força que move este agenciamento ainda nem sempre é capaz de fazer frente às forças instituídas. As agentes comunitárias como porta-vozes desta demanda em alguns momentos não são ouvidas. Esta demanda traz informações, percepções e problemas para a equipe muitas vezes difíceis de escutar, de lidar.

Res1– (...) uma dificuldade, pelo menos minha, às vezes...é porque aqui a gente trabalha com agenda né? A gente tem os pacientes agendados, e não é nada incomum é... o agente comunitário passar um caso pra gente como a gente tá falando aqui. Então às vezes eu sinto assim um pouco de dúvida em saber até que ponto aquilo ali é eletivo e dá pra esperar a visita de um auxiliar, só pelos dados, só pela impressão que é passada pela agente (Reunião da equipe - 05/04/02).

O instituído faz o médico questionar a posição do agente comunitário como alguém que pode solicitar-lhe que visite alguém. Refaz assim um movimento de resistência à mudança, ao novo dessa proposta, ao agente comunitário e a tudo aquilo que pode emergir de sua presença na equipe. E resistência também pela dificuldade de conseguir romper as paredes do consultório médico e ganhar o espaço da rua e do domicílio como espaço de trabalho. O novo provoca desterritorialização, provoca a explicitação do não-saber dentro da equipe.

O agente comunitário encarna a ansiedade do usuário e das famílias e, como porta-voz atualiza a presença destes no seio da equipe, gerando angústias diante desse novo, afetando a todos. Como moradoras do bairro, vivendo em condições semelhantes, estão mais próximas da percepção da necessidade do usuário por não estarem contaminadas pela formação técnico-científica. As agentes comunitárias se implicam com o que acontece no domicílio, sentem as dores e ansiedades das famílias e as levam para a equipe. Nem sempre a resposta obtida vai ao encontro da expectativa.

Med1- É. Entendeu? Por exemplo, você chegou aqui, eu achei até que você tinha sido agredida, você tava até sem fôlego né, a hora que você chegou. Foi ou não foi, ACS3?

ACS3- É.

Med1-...ela já chegou avisando que o paciente tava passando mal!

Sup2- E ela também?

Med1- E ela também! Entendeu? Agora, inclusive assim, nesse momento que ela chegou, o Med6 tava discutindo um caso com a Med2 (...). Mas ela (...) Ela veio falar comigo.

ACS4- Eu ia passar direto, mas quando eu vi a senhora aqui, eu falei: a Dra Med1... Acho que vou conseguir alguma coisa. Você entendeu? (Reunião da equipe - 28/06/02).

Situação semelhante foi vivida por outra agente comunitária:

Med1- (...) ela tinha saído pra uma visita. E ela saiu...ela tava assim eu achei que tinha acontecido alguma coisa com ela! De tanto...ela quase não respirava, ela tava angustiada, eu falei: Calma, ACS4! (...) Era uma paciente que tava passando...na verdade, assim, inclusive eu fui pedir pra ela pegar a pasta da paciente, pra ver o quê que tava acontecendo...pra saber quem que era a paciente, pra até a gente discutir...(...) pra ver se era uma urgência que precisava, entendeu? Até eu poderia tá indo né? Mas na verdade é essa a dificuldade. (...).

Med4- Mas foi alguém lá?

Integrante- Não!

Med1- Não, depois...é tão enrolada a história... (...) Teve um outro desenrolar. (...)

ACS4- Pois é, (...) quando eu voltei de tarde pra guardar as pastas que era hora de ir embora, a mulher aí. Acabou que ela não foi atendida. Isso o que eu queria saber. E não resolveu foi nada! Que realmente ela tá queixando de dor, depois eu encontrei com ela. (Reunião da equipe - 28/06/02).

A agente comunitária deixa claro que não compreendeu o que se passou na equipe. Como porta-voz dos usuários conclui ao final: “E não

resolveu foi nada!” Indignação, desapontamento, frustração, raiva, — sentimentos que passam pelo corpo, que doem e vão constituindo o vínculo no polo negativo, da representação do não-acolhimento e do trabalhador que não quer atender. E desta posição, a agente comunitária, porta-voz dos usuários, não percebe um aspecto de sua posição, que muitas vezes o trabalhador também tem limites, não faz porque não sabe como atender, ou fica imobilizado pelo impacto que o problema lhe causa, ou está sobrecarregado e cansado, fazendo com que fuja da ação prática.

A equipe precisa ser capaz de lidar com suas próprias dificuldades internas, criar canais de comunicação, quebrar as segmentaridades instituídas de saber e de não-saber que afastam os agentes comunitários do médico, até para perguntar dúvidas. Precisa também abrir-se para inventar outras formas de responder às demandas, além do tradicional atendimento do médico e aprender a lidar mutuamente com as ansiedades desencadeadas nos diferentes encontros, usuário-agente, agente-agente, agente-auxiliar de enfermagem, agente-médico, agente-enfermeiro, agente-gerente, sem o que não se conseguirá engendrar máquinas produtivas de desejos de vida. Ou seja, precisamos reconhecer o atravessamento das questões da equipe e dos trabalhadores no campo da produção do cuidado.

ACS4 – Uma coisa também que eu sinto muita falta : apoio!

TE3 – Apoio de quem? De como?

ACS4 – Ah, da equipe, às vezes a gente precisa ir numa casa que é muito difícil, a gente já cansou de ir, já tentou, não conseguiu, entendeu?

Sup2– Você tá entendendo que é importante visitar. O outro colega da equipe não tá entendendo como prioridade. Por que? Porque não tem muito claro...não tem muita oportunidade de trocar idéia sobre aquilo que pode ser priorizado, não tem um espaço em que se possa falar com tranquilidade, por que você está priorizando esse caso e a outra pessoa, colocar o ponto de vista dela, no sentido de esclarecer porque que não é tão prioritário assim.

ACS4 – Não, quando a gente pede alguém pra acompanhar a gente como apoio, a gente já tá falando o porquê, o que a gente...entendeu?

ACS2 – Porque a gente não deu conta.

ACS4 – Porque a gente não deu conta de fazer...

ACS2 – Porque a gente fez, fez o possível.

ACS4 - ...de todas as maneiras... Alguém que apóie e que vá, entendeu?

ACS2 - ...e a gente não consegue alguém de apoio, que vá com a gente, entendeu? (Reunião de Equipe - 24/05/02).

O cotidiano oferece inúmeras oportunidades para o exercício da cooperação, do acolhimento e da solidariedade entre trabalhadores; possibilidade de

revisão da rede de micropoderes e das materializações daquilo que se encontra instituído [...]

Olhar para os explícitos e implícitos, para os papéis assumidos e adjudicados, para os objetivos em disputa e em pauta, podem ser dispositivos para uma saúde voltada para a defesa da vida, descapturada da imobilidade da morte" (FORTUNA, 1999, p. 218).

O espaço de supervisão da equipe se configurou como um espaço para explicitação das dificuldades vivenciadas no cotidiano, abrindo possibilidade para a revisão da rede de relações entre os trabalhadores.

ACS4 - (...) Acho sim que a visita é importante. Que sem ela não tem como os pacientes virem aqui né? Que a gente... os problemas...(alguém diz: - é um bom elo.) Só que eu acho assim, por exemplo, a gente tem no mínimo duzentas famílias, eles querem que a gente visite essas duzentas famílias. Se for pra visitar, dá. Mas se você sentar, por exemplo o diabético, ele tem que sentar, porque não tá na cabeça dele o que é a doença, por que tem que fazer isso, por que tem que fazer aquilo. Eu achava assim que, poderia ter que visitar, mas não assim, todo mês, por exemplo, lógico que as famílias de risco a gente vai mais. A gente dá uma atenção a mais. Mas assim, por exemplo, uns dois meses pra visitar esse povo todo. Entendeu? Assim, todo mundo mas durante uns dois meses. Mas também, por outro lado, teria que ter uma fiscalização do serviço da gente, pra ver se realmente a gente tá fazendo aquilo. Se soltar, deixar no ar, é lógico...

ASC2 - Não eu acho assim... outro método...

ACS4 - ...e assim a gente tentar é...pra gente tá podendo fazer as outras coisas. Montar o grupo, é...tentar...não eu acho que a gente sozinho não, tem que ter apoio de alguém. Eu por exemplo não sei montar um grupo...entendeu?

ACS2 - Eu acho que antes de montar um grupo tem que ser treinado. Saber isso....

ACS4 - Só que eles cobram visita, visita, visita...e aí acaba que a gente chega a um ponto que a gente já não agüenta mais. Tem caso:- ah! e quê que eu vou fazer lá?

ACS2 - A gente sabe que é o nosso trabalho mas tá maçante né, a gente sabe que pra fazer a prevenção real, não tá dando, o tempo que a gente tem não dá, tem outras coisas que têm que ser feitas

né? Só que tem que fazer, igual um dia a gente falou que, que ia participar de um grupo, a Enf2 falou que não, que a prioridade eram as visitas... (Reunião da equipe - 24/05/02).

A lógica que impera é a da produção de visita como procedimentos e a não-produção de cuidados. Franco e Merhy (1999) apontam dois tipos de problemas decorrentes das visitas domiciliares compulsórias: primeiro, os trabalhadores não devem fazer visitas sem uma indicação, somente pela atribuição oficial de funções e, em segundo lugar, a invasão da privacidade e o cerceamento da liberdade pela intromissão do Estado na vida das pessoas. A ação fica presa na superfície de registro e controle, pressionada pela quantidade de visitas a serem realizadas, ao cumprimento da meta: “a gente chega a um ponto que a gente já não agüenta mais. Tem caso :- ah! e quê que eu vou fazer lá?” Essa falta de sentido revela a captura do PSF, e dos trabalhadores que o realizam, que não conseguiram ainda quebrar esse modo de funcionamento.

Condições mínimas de trabalho, dentro de um limite suportável para o corpo do trabalhador são cuidados para se possibilitar a produção de cuidados. Cohen (2002, p. 196) aponta como fundamental para o êxito da proposta de Saúde da Família “a revisão do parâmetro de cobertura de famílias por equipe”. No modo em que está em funcionamento, as metas, os relatórios oprimem o trabalhador, que, com a vida aprisionada, tem condições limitadas para libertá-la. Seria possível inventar formas de acompanhar as famílias sem ficar tão preso a esse formato dos agentes comunitários de saúde visitar mensalmente as casas? Outros trabalhadores da equipe poderiam fazer a visita de acompanhamento quando vão ao domicílio para realizar outras ações? Acreditamos que uma ação cooperativa pode inventar outros conceitos e outras práticas.

Os corpos também se ressentem desse sem-sentido. O trabalhador vai à casa do usuário para realizar uma tarefa burocrática, sem vida. Seu corpo estará vibrando essa ressonância, que é possível que de alguma forma, seja comunicada à pessoa que irá recebê-lo. Que outros afetos podem ser produzidos neste encontro? Como podem esses corpos se acoplar para a produção de acolhimento e cuidado?

(...) quando encontramos um corpo exterior que não convém ao nosso (isto é, cuja relação não se compõe com a nossa), tudo ocorre como se a potência desse corpo se opusesse à nossa potência, operando uma subtração, uma fixação: dizemos nesse caso que a nossa potência de agir é diminuída ou impedida (...) (DELEUZE, 2002, p.33).

Nesse modo burocrático e sem sentido, sem colocar o desejo na produção do trabalho em saúde, fica difícil a possibilidade de montar uma máquina para produção de desejos, do usuário e do trabalhador, nesta relação. Ficamos mais distantes da possibilidade de mudar o agir em saúde. Produzimos a reprodução e quando não, a anti-produção de vida e de saúde.

Na dobra desse movimento de captura, a força instituinte não cessa a busca de brechas para linhas de fuga, como na fala da ACS, ao sugerir caminhos para uma atenção diferenciada, cria-se oportunidade para a equipe discutir formas alternativas de realizar o acompanhamento das famílias: “poderia ter que visitar, mas não assim, todo mês, (...) uns dois meses pra visitar esse povo todo. Entendeu?”. Mas, a linha de fuga é rapidamente capturada pelas forças instituídas, revelando a equipe atravessada pelas segmentaridades duras, instituídas para reprodução e manutenção das relações sociais, num modo burocrático de produzir as visitas domiciliárias.

“Antes, agíamos no hospital.

Agora, estamos no campo” (BICHUETTI, 2003, p.3).

Saímos do espaço protegido e conhecido para o espaço da rua, casas, cortiços e favelas. Mudança do *locus* de trabalho que desterritorializa o trabalhador num movimento que pode levá-lo a re-territorializar-se no conhecido, nos procedimentos técnicos e burocráticos, mas que pode levá-lo a arriscar uma mudança na forma de se relacionar com o usuário e sua família. Vários autores (FRANCO; MERHY, 1999; FURTADO, 2001; PEREIRA, 2001), apontam a potência do domicílio para reconstruir as bases da relação trabalhador-usuário, outra relação poder-saber, da troca, da cooperação, da disponibilidade interna para a produção do cuidado.

E como visita,
somos convidados a entrar,
na varanda, na sala, nos quartos, no quintal.
“[...] a casa, afinal de contas, é brasileira.
Nela, se há regras para o anfitrião, há também normas para a visita”.
(DAMATTA, 2000, p. 28).

E como visita,
trabalhamos para conquistar a liberdade para adentrar às casas.
“A liberdade requisita referenciais éticos para mover-se com legitimidade”.
(ARDUINI, 2002, p. 128).

As discussões de caso das famílias. *“A arte consiste em fazer os outros sentir o que nós sentimos”*

A arte consiste em fazer os outros sentir o que nós sentimos, em os libertar deles mesmos, propondo-lhes a nossa personalidade para especial libertação. O que sinto, na verdadeira substância com que o sinto, é absolutamente incomunicável; e quanto mais profundamente o sinto, tanto mais incomunicável é. Para que eu, pois, possa transmitir a outrem o que sinto, tenho que traduzir os meus sentimentos na linguagem dele [...]. (PESSOA, 1999, p. 255).

Na viagem pelo CSE Vila Tibério uma paisagem foi nos instigando, estimulando interesse. Todas as manhãs, depois alternando com algumas tardes, as reuniões de discussões de caso eram uma das primeiras atividades da equipe.

Essas reuniões já estavam instituídas na unidade, antes do início da supervisão, com o objetivo de a equipe discutir as famílias e classificá-las segundo um critério de risco (VIEIRA et al., 2001) por cores, verde, amarelo e vermelho, do menor para o maior risco, de forma que a equipe pudesse sistematizar atenção às famílias.

ACS4 - Pra colocar cor.

Med1 – É que a gente fez um levantamento de todas as famílias,(...) porque a gente tá querendo ver, fazer levantamento de quantas famílias de risco têm, né? Pra gente, inclusive, incentivar melhor as visitas né? Porque...elas tão fazendo bastante, e esse trabalho não aparece. Mas é porque são as famílias de risco. Então, a gente viu que aí tem uma porcentagem de famílias que ainda não foram classificadas, né? A gente tá tentando ver se com isso objetiva um pouquinho melhor o trabalho. Mas a gente também aproveita pra tá discutindo o que vai fazer.

Silêncio.

Enf2 – Se a gente for pensar que existe um significado da gente tá colocando as cores nas pastas (...) (Discussão de caso - 03/09/02).

Nosso interesse em conhecer melhor esta atividade foi por aquilo que nos fez imaginar: um palco iluminado para a multiplicação de cenas da relação trabalhador-usuário, do que acontece nas visitas e nos atendimentos trazidos para a discussão. Um momento em que a equipe se encontra para “amassar o barro” para construir a “obra” de atender o usuário e sua família, planejar as ações, preparar as ferramentas para a ação em campo, na casa e na rua, esboçar os primeiros ensaios discutindo o que fazer, como abordar, com quem compartilhar. Um momento para se refletir acerca do encontro trabalhador-usuário.

À medida que fomos nos adentrando nessa paisagem, fomos descobrindo a riqueza de aspectos do trabalhar em saúde ali presentes, numa dinâmica intensa de passagem e corte de fluxos, construindo mundos, produzindo ações, expressando desejos.

Ao mesmo tempo, esse atualizar o vivido nas reuniões de famílias através do material transcrito fazem surgir questões, que geram desassossego, desconforto. Uma pausa para implicação.

Várias questões que brotam em meu pensamento, neste momento, não foram ainda colocadas à equipe. E certamente muitas outras estão brotando no leitor. Mas, à medida que as escrevo, extrapolam o próprio texto, provando ressonâncias as mais diversas.

Cena 1 - Colorindo rapidamente as famílias.

Nosso primeiro contato com essa atividade, no período de observação da dinâmica da unidade, antes do início dos trabalhos de supervisão, nos causou certo impacto, um certo mal-estar. Início da manhã, rostos sonolentos, corpos vagarosamente vão tomando os lugares da sala, aos poucos. Os que chegam mais tarde entram trazendo cadeiras. Alguns sentam-se quase sempre na mesma posição na sala, outros em lugares mais ou menos fixos. Aguardam em silêncio, com olhares perdidos. Outras

vezes discutem em sub-grupos algum caso ou questões administrativas enquanto aguardam. Até que alguém propõe: “Podemos começar?”

Algumas impressões do diário de campo: tarefa obrigatória — classificar as famílias segundo o risco de adoecer (?). Mas qual seria o entendimento acerca do objetivo da atividade para cada membro da equipe? A equipe reproduz o fazer técnico do modelo hegemônico, a produção de procedimentos. O usuário está incluído como um elemento do processo, mais objeto que gente, igual a qualquer outro, sem singularidades, e não como ator, sujeito co-produtor da ação de saúde possível no encontro. Lógica capitalística de produção de subjetividades.

Há sempre alguém que apresenta o caso, há poucas complementações por outros trabalhadores e as perguntas são em geral para esclarecimento de questões pontuais, de caráter mais individual: “o que ela faz?” “Ela cuida da casa, vai no PIC” (Obs - 22/01/02). Parece haver uma certa hierarquia na ordem em que as perguntas são feitas: os médicos, as enfermeiras e os demais. Pedidos de esclarecimento de termos técnicos são prontamente respondidos, tecnicamente: “O que é bolsa de colostomia?” (Obs - 22/01/02), “O que é isso, isoimunizada?” (Discussão de caso - 23/04/02). As intervenções mais predominantes são as voltadas para a produção de procedimentos, empurradas pela força do instituído do modelo médico-assistencial hegemônico: “ACS2 - Vou visitar, ver se ela fez os exames, se ela vai fazer a cirurgia” (OBS - 05/02/02).

Neste plano segmentarizado da realidade o movimento de ruptura busca e encontra uma forma de se fazer presente. Assim, ocorrem também abordagens em direção a aspectos da saúde e da produção de cuidados como participação comunitária, promoção da auto-estima, de atividades de lazer, são como linhas de fuga, tênues de desejos, ainda com pouca capacidade de desencadear ressonâncias na equipe, de engendrar-se como uma máquina produtora de ações e práticas que incluam os usuários e suas necessidades como cidadãos de direitos e foco principal do trabalho em saúde.

Med1 – (...) acho que fica até como, por exemplo, essas senhoras aí esclarecidas com alto astral fica também um marco como as pessoas que podem funcionar como facilitadoras dentro da comunidade né?

ACS4 – Elas participam na Igreja...

Enf2 – Qual que é o argumento delas para não ter participado das reuniões [da Comissão Local de Saúde]? Ela não tem sido convidada?

ACS4 – Tem. Tenho chamado elas sim. Depois que eles se envolveram nessa última, com essa parente que teve esse problema de saúde da família... (Discussão de caso - 03/09/02).

Mas, esses processos levam tempo, é preciso engendrar uma máquina para mobilizar a participação social³⁰. Mobilizar as pessoas no espaço molecular, fazer passar intensidades, fluxos desejantes de cidadania, solidariedade capazes de romper com a máquina instauradora de processos de individualização (GUATTARI; ROLNIK, 1999). E o movimento que a equipe faz lembrando dessa possibilidade é interrompido, um corte de um fluxo por outro fluxo que atravessam o cotidiano.

Impressiona também a grande rapidez com que vão passando os casos! Não sei se por serem conhecidos; mas com certeza, não por todos. Mais parece uma velocidade vertiginosa para não se pensar muito, e menos para *sentir*, que “promove um verdadeiro assalto à natureza do homem” (VIRILIO, 1996), uma velocidade tecnológica para obter domínio e poder, que leva a uma morte lenta, corpos despotencializados, sem identidade, excluídos do processo. As famílias sabem que a equipe discute os casos? Se sabem, que expectativas e fantasias criam em relação a isso? Sentem-se invadidas? Sentem-se cuidadas?

Uma “rapidez que parece vencer o medo da doença e da morte” (ARAGON, 2003). A velocidade empreendida pelas tecnologias prometem acelerar cada vez mais o diagnóstico e tratamento, produzindo subjetividades capitalísticas, “milagres” tecnológicos e ao mesmo tempo produz sentimento de falta quando não se pode ter acesso a elas, reproduz

³⁰ A participação social foi instituída com resultado do movimento instituinte da Reforma Sanitária. Agora garantida na lei precisa energizar-se para novo processo instituinte de envolver e mobilizar pessoas na luta pelo direito à saúde.

o que Heller (1998) denomina “sociedade insatisfeita”³¹. O paradoxo do grande avanço tecnológico sem a correspondente satisfação das necessidades de atenção e cuidado na saúde. Velocidade tecnológica e sentimento de impotência, imobilização, tanto de trabalhadores como de usuários, fazendo perder a capacidade de se surpreender, se indignar com as situações. Os casos vão se tornando homogêneos e são engolidos num fazer automático, naturalizado, o trabalho vai perdendo o sentido, e o trabalhador vai executando-o sem alegria e sem vida.

Alguém sugere a cor, que desbota rapidamente, não tem brilho. Ninguém comenta nada, a palavra fica solta no ar, e já se vai passando para outro caso. A expressão “Família número tal” parece ser uma marcação do ritmo da reunião. Monótono. E os afetos passam pelo corpo:

ACS2 - Ai que sono!

Silêncio

ACS2 - Deixa eu ver o que tem de bom! Família número...

(Discussão de caso - 05/02/02).

A discussão transcorre e ao final do caso, dez minutos depois:

ACS2 - (...) Põe verde, amarela, azul?

Enf2 - Põe verde. (bem baixinho. Os outros não se manifestam).

ACS2 - Família da Dona X (...) (Discussão de caso - 05/02/02).

Colorir parece mais brincadeira de criança. Um certo devir-criança da equipe poderia trazer vida e energia para esta tarefa, que de tão maçante, precisa ser terminada rapidamente.

As cores desbotam, a classificação por risco também desbota. A libido da equipe parece não vibrar neste campo. Resistência à classificação por risco? Quanta vida essa classificação pode trazer para a equipe?

A apresentação dos casos se faz em meio a um intenso movimento de entradas e saídas da sala. Alguns trabalhadores parecem estar ali de passagem, entram para pegar carimbos, impressos, medicamentos, aparelhos e saem para atender telefonemas ou chamados de outros

³¹ Agnes Heller (1998) discute a satisfação numa sociedade insatisfeita, aponta a insatisfação como força motivacional da reprodução da sociedade moderna, na busca da satisfação das necessidades carenciais produzidas pelas lógicas da industrialização, capitalismo e democracia, lógicas que se contradizem e convivem mutuamente, compondo nosso contexto.

trabalhadores para outras atividades, com grande variação dos presentes na reunião e na participação da discussão dos casos, na busca de alternativas para cuidar.

No transcorrer do trabalho de supervisão da equipe relacionamos estes fatos, entre outros, com a manifestação do polo paranóico da equipe, os de fora querendo saber o que estariam tratando na reunião e os de dentro interessados em acompanhar os acontecimentos lá de fora, apesar da organização da equipe para que todos pudessem participar. Muitas vezes as entradas e saídas da sala pareciam não ter razão aparente.

Todo esse movimento dispersa a atenção sobre o caso, o responsável pela apresentação se esforça em manter-se concentrado. Mal-estar, sensação de desprestígio, de não ser considerado, dificultam o desenvolvimento da pertença do trabalhador na equipe e da pertinência do que está sendo falado em relação ao que o grupo entende como sua tarefa ali naquele momento.

A cena revela os fenômenos envolvidos na relação equipe-família, trabalhador-usuários, representa a atenção da equipe para com a família em discussão, mostrando o lugar reservado para o usuário, ou talvez, a falta desse lugar ou de condições, de disposição para dar atenção, em função da própria complexidade de alguns casos, geradores de muita ansiedade.

A forma da equipe trabalhar, em meio a tantas entradas e saídas, afetos e desafetos, dificulta o exercício do trabalho em equipe, não favorece sua estruturação enquanto equipe pois, isso se dá à medida em que opera (MARTÍN, 1990; BLEGER, 1995).

Alguns trabalhadores são mais constantes nas reuniões: as agentes comunitárias de saúde e a médica/gerente da unidade. Esta desempenha um papel essencial: é a grande ouvinte de quem relata os casos, apesar do aparente caos e desinteresse geral. Cuidadosa e atenta, se esforça na escuta, anota, pergunta, demonstra interesse, insiste, com grande empenho em produzir uma espécie de liga no “entre”, abrir fissuras naquele modo tradicional, segmentado pelas disciplinas, hierarquias e regras. Tenta com a própria atitude criar uma prática de dar atenção, volta-se com seu corpo para

a pessoa que apresenta o caso. Agüenta o insípido esperando que com o tempo, aos poucos, outros fluxos consigam passar.

Mais do que sua personalidade, a médica/gerente constitui-se uma referência para as agentes comunitárias, para o compartilhar das dificuldades e ansiedades frente aos casos, funcionando como um elemento promotor de aprendizado para a lida com as famílias.

As reuniões de discussão de caso são o momento de reflexão sobre o que foi realizado e o de multiplicar as outras possibilidades de ação, descoberta de interesses e desejos, potências e impotências, predominantemente encobertos pelo fazer técnico.

E o que se tem à mão para iniciar este trabalho são prontuários de famílias, fichas de cadastramento, de acompanhamento e monitoramento quanto ao risco, relatórios das visitas, prontuários individuais, mas principalmente as intensidades de sentimentos e outras ressonâncias geradas pelas demandas que os usuários apresentaram para os trabalhadores, em especial, às agentes comunitárias de saúde. Ressonâncias decorrentes dos contatos direto com o modo de viver das pessoas, nas casas, na rua, com as dores, a fome, os conflitos familiares, a morte, a prole numerosa, a sujeira, a limpeza, a comida cheirosa, um convite para um café, ser recebido pela fresta do portão; decorrentes da identificação com as famílias, e outras tantas possíveis quando se está na rua, batendo de porta em porta, trabalhando no saúde da família.

No momento das discussões re-vive-se intensamente os afetos. Processos conscientes e inconscientes. Não há como fugir deles apesar do grande esforço em fazê-los despercebidos. Estão na superfície, estão à flor da pele, expressos pelo corpo, nos gestos, na mudez, nos sorrisos, no tom da voz, nas lágrimas, no brilho dos olhos ao relatar/ouvir os casos.

ACS2: Dona Y tem 24 anos e é analfabeta! (...) Insisto, imagina! ela tem a minha idade. Ela não parece ter 24 anos de forma alguma! (...) exame ginecológico, tem que fazer, é importante.
Enf2 - Ela nunca passou em consulta? (Discussão de caso - 05/02/02).

O estranhamento e indignação da agente comunitária frente a situação da usuária ser analfabeta não ecoou nos presentes a ponto de mobilizá-los para a discussão e busca de formas de intervenção individual ou coletiva, caso a mesma problemática fosse identificada em outras famílias. Num fazer esquizoanalítico (BAREMBLITT, 1998), a equipe faria a raspagem da superfície de registro-controle, isto é, iria explorar como o fato afeta os trabalhadores ali presentes, com seus interesses e desejos, no território do agir na perspectiva do Programa de Saúde da Família, da metamorfose do modelo assistencial, e, também, inventar ações a partir de novos referenciais de viver, de critérios de valor, de produção. A desterritorialização expressa: “Insisto, imagina! ela tem a minha idade.” se perde, ou melhor, se re-territorializa no campo conhecido e seguro das questões técnico-científicas instituídas: fazer exame ginecológico é importante. Também poderiam ter empreendido esforços para descobrir/fortalecer potencialidades produtivas, criativas desta usuária.

As discussões são, o tempo todo, tomadas por temas complexos os mais variados, que se repetem em vários encontros, em vários casos e também em outras equipes (PEDROSA; TELES, 2001), como violência, abandono, alcoolismo, planejamento familiar para famílias numerosas em condições de vida precárias, homossexualismo, casas abandonadas, medo da morte, e muitos outros. A equipe os identifica sem conseguir arquitetar alternativa para abordá-los, deixando-os no ar. Para um não-saber-fazer não dito e ficam no território de referência conhecido, o modo técnico-científico da medicina moderna com seu arsenal tecnológico.

Esse despreparo da equipe, na verdade, revela o despreparo da sociedade, dos órgãos formadores de profissionais, das autoridades sanitárias, enfim de todos nós. Abordagens isoladas e desarticuladas sobre esses temas complexos não têm impacto.

Med1 - Como tem casa abandonada aqui!

ACS4 - Essa casa é de um médico (...)

ACS2 - Um terreno na [rua] LC (...) tá muito mato, tem muito bicho. O dentista mandou construir um muro do dinheiro dele.

ACS4 - aquela casa que tem placa de venda, tem lixo.

ACS1 - Tem uma na esquina que está até pior

Med1 - talvez fazer uma lista das casas abandonadas, casas invadidas.

ACS4 - E os donos?

Med1 - É, às vezes é espólio (...) Chama atenção (...) área antiga.

Med7 - As famílias invadem (...) os bandidos invadem, o dentista invade. Dá idéia para esse dentista. Ele pode ter uso-capeão.

Enf2 - Faz um estacionamento para a clínica dele

ACS4 - Aquela vilinha na [rua] SD, de noite (...) um monte de rato (...)

ACS2 - Dona C (...) 14 gestações

Enf2 - Falando 14 gestações, aquela de 15 também é sua.

Med7 - A questão da anticoncepção é importante (...) (Discussão de caso - 08/02/02).

O desafio da construção da intersectorialidade, interdisciplinaridade e da transdisciplinaridade parece estar relacionado com a capacidade de superar segmentaridades da sociedade e as delimitações de poder-saber instituídas pelas disciplinas, de se permitir a incompletude, o não-saber e a necessidade do outro para agir.

Mas antes disso, parece que a equipe, a sua maneira, vai lidando com tais problemas, que se repetem na singularidade de cada caso, num movimento de aproximações sucessivas, e vai acumulando potências e intensidades que, aguardam um certo limiar de ação, de fazer emergir novos fluxos de desejo de fazer algo mais.

Nesse contexto de velocidade tecnológica, quadriculado pelas linhas de segmentaridade instituídas, a equipe não dá conta de escutar, de abrir espaço para a dor de uma das agentes comunitárias frente à morte de um morador acompanhado por ela.

ACS1 - Deixa eu falar uma coisa, a TE4 me chamou e falou que o senhor JD morreu. (Lágrimas)

Med1 - ele tinha algum problema?

ACS1 - Ele ia fazer uma cirurgia de próstata.

Med7 - Outro dia, uma paciente ia fazer uma cirurgia, (...) (ACS1 olha para o chão). (Discussão de caso - 08/02/02).

Dor e solidão. Desamparo, desânimo, desalento. Corpo descaído. Olhar dirigido ao chão. A equipe não consegue se solidarizar com a dor da colega. Ou, se há implicação, os trabalhadores não se sentem à vontade para manifestarem-se. Predomínio da concepção do trabalho em saúde como um

saber técnico, frio, que não passa pelas emoções e sentimentos. Não se permitem viver o momento, senti-lo. E nem planejar uma proposta de cuidado para a família, de acolher a sua dor como “alguém que se importa” pois, “se foi um que estava sob nosso cuidado” (FIGUEIREDO JR., 2001, p.183).

Rapidamente passam para outros assuntos. Mas, sem perceber vão lentamente se aproximando do tema da morte através da discussão dos outros casos, lembrando de experiências negativas e positivas, e indiretamente manifestam o próprio medo, num movimento de aproximações sucessivas a este objeto de aprendizagem tão obscuro.

No Brasil fala-se “muito mais dos mortos do que da morte. E isso implica uma estranha contradição, porque falar dos mortos já é uma forma sutil e disfarçada de negar a morte, fazendo prolongar a memória do morto e dando àquela que foi viva uma forma de realidade” (DAMATTA, 2000, p.140-141).

ACS3 : A mãe tem medo da filha morrer e a filha tem medo da mãe morrer.

(....)

Med1 - (...) o velho tem muito medo de morrer. Eles arrumam todas essas desculpas pelo medo de morrer. Às vezes você precisa de ter uma pessoa ao lado pra tá dormindo à noite.

ACS3 - É melhor morrer as duas juntas (...)

Med1 - (...) paradoxo: parece que o médico está com medo do paciente

Med7 - e de fato está.

Med1 - (...) o pessoal tava com medo da agressividade dele? Não! tava com medo dele morrer ali.

Med7 - A senhora está com diabetes, não vamos, curar, (...)

Med1 - morrer com dignidade

(...)

Med1 - Nós tivemos uma experiência aqui muito legal! Paciente com câncer, o HC deu alta. No cadastramento descobriram essa pessoa. O residente pesquisou como tratar em casa. Quando essa pessoa morreu, a esposa veio aqui e fez um agradecimento emocionado ao residente! (Discussão de caso - 08/02/02).

E quase ao final da reunião esboçam uma proposta de atenção aos acamados. Seria esta uma forma indireta de lidar com o tema da morte e do morrer? E, ao mesmo tempo, de abrir uma brecha para produção de

cuidado, para os acamados (mais próximos da morte?) e também para a equipe, que se aproxima do tema do modo que pode.

Med7 - A gente poderia pegar esses casos mais complicados, de pacientes acamados (...)

Med1 - pra gente aprender (...)

Enf2 - A gente tem uma lista. Os pacientes que estão acamados são 21.

Integrante - Conte!

Enf2 - São 24.

ACS1 - sendo que 11 são meus (Discussão de caso - 08/02/02).

E a agente, timidamente, recoloca sua dor ao anunciar que metade dos acamados a serem acompanhados moram em sua área de atuação. Dentre o emaranhado de questões apresentadas, discutidas ou não, consideradas ou não, ela permanece a espera de atenção e acolhimento.

Cena 2 - Um olhar um pouco mais atento. Expressando algumas dificuldades.

As discussões de caso tomam outra cara. Na identificação das famílias já não há ênfase tão forte no número e sim nome de um de seus membros. A classificação das famílias já não parece ser o maior foco de atenção embora não deixe de ser feita. Os motivos de escolha dos casos não são colocados explicitamente, mas há espaço para expressão de afetos e das dificuldades em lidar com os casos.

Parece haver uma relação entre a construção da grupalidade da equipe, a possibilidade de expressar suas necessidades e ansiedades e a capacidade de escuta, de ser continente e de cuidar uns dos outros. No entanto, a equipe não consegue ainda modificar muito o tipo de intervenção às situações críticas com os usuários.

ACS3 – (...) porque ontem, a hora que eu tava saindo pra visita, eu vi ela sentadinha ali, né? Aí eu olhei, achei ela com uma carinha de choro, eu falei:- quê que foi, R? Você tá triste, parece... Aí chorou, chorou, não parava mais de chorar. (...) Aí eu fiquei, né? Porque eles estavam em reunião né? Estavam o dr. Med7, a dra. Med1 e a Enf1 né? E... (...) Falava que não tinha...nada valia a pena...que não...que queria acabar com a vida, né? Eu fiquei angustiada, eu falava:- ai meu Deus! Eu não sabia nem o que falar pra ela né? (...) Ela falou que tava com muita depressão, muito deprimida. Aí ela começou a contar toda a história né? (...) Então, diz que ele falava

assim:- mamãe, compra um Danone pra mim né? e não tinha né? e ela choraava, falava:- nossa! Ela falou:- ele não tem mais o que vestir, ACS3, eu não posso! Ich! Pra mim, ontem, acabou!
SILÊNCIO (Discussão de caso - 23/04/02).

Mais ao final da discussão deste caso vemos o atravessamento do modo de funcionamento individualizante da nossa sociedade e da responsabilização/culpabilização individual pela própria situação, sem considerar o complexo processo de produção histórico-social, que envolve aspectos organizacionais, culturais, éticos, morais, religiosos, políticos, econômicos, etc. E também, a resposta revela o possível naquele momento, proteger-se da dor que a dor do outro lhe causa (RIBEIRO, 1999), da incapacidade de se solidarizar com essa dor e sofrimento do usuário, responsabilizando-o; proteger-se da impotência frente ao caso; proteger-se de seu próprio sofrimento causado pelo modo de funcionamento do estabelecimento e da rede assistencial (SÁ, 2001); amparando-se na onipotência encarnada como trabalhador de saúde.

Med1 – Eu acho que a gente assim... É lógico que a gente fica condoído com a situação, né? A gente sente né? Mas... Por outro lado, né? Se a gente puder ir conversando com a R né? Até que ponto a R tá cuidando da própria vida, né? Você vê, esse é o terceiro homem que a gente sabe, na vida dela, né? Que antes dela assim, conhecer bem a pessoa, ela já tá tendo filho! (Discussão de caso - 23/04/02).

Quando se apresenta um caso e se discute com a equipe, re-vive-se os afetos, re-constrói-se mundos e histórias, na mesma medida que se provoca a criação de novos mundos e de novas histórias, instituindo novas formas de agir. Parece que o espaço das discussões de caso está reservado para uma espécie de administração das relações entre os vários trabalhadores e seus núcleos de saber profissional (MERHY, 2002), sem, no entanto, definir claramente quem seria o gerenciador desse cuidado, ficando de certa forma implícito a atribuição deste papel às agentes comunitárias. Paradoxalmente este trabalhador com menor qualificação técnica, com menos poder na equipe, é quem é capaz de cuidar com delicadeza e sutileza.

Ser delicado com o outro implica não chegar de sopetão com uma verdade já pronta. Implica uma certa lentidão no trato com o tempo, para que seja possível observar, interagir e encontrar a medida certa. Só assim é possível perceber que encaminhamento dar à angústia, sem negá-la, ou se render a ela (ARAGON, 2003, p. 18).

Assim as agentes compartilham a experiência de serem cuidadoras, do modo como podem, e ao mesmo tempo buscam sensibilizar os demais membros da equipe a “importarem-se com” o caso, com a família, abrindo brechas para passar as potências cuidadoras da equipe, para cuidar dos casos, dar apoio às agentes e cuidar de si como equipe.

Outra agente comunitária apresenta um caso e revela dificuldade diferente:

ACS4 – E o problema, eu não consigo entrar na casa direito. Eu não consigo conversar com o pessoal direito, eu não consigo! A I fica assim: ahn?

Med1 – Essa aí, quem que é? A mãe?

ACS4 – É a mãe. É a mãe dela, que é a que apanha do marido. É super complicado. Ela é até minha vizinha. Mas é assim, você chega na porta, você vê que a pessoa tá, chama, chama, chama, bate, grita, fala o nome (...) aí não atende. Aí eu fui conversar com a M e falei:- olha, dona M, eu preciso fazer visita, eu preciso tá conversando com você e tal. Ela não quer atender né? (...) Mas assim, ai meu Deus eu tô trabalhando! Aí eu falei:- Mas a C não fica em casa? Ela falou:- fica. Aí ontem ela me revelou que essa C tem problema de audição, ela não ouve direito. Então por isso que eu não conversava com ela, e (...) não me respondia. E aí eu perguntei acho que não vai querer visita, né? Então não venho aqui mais não, uai! Depois a gente conversa. Aí quando foi ontem, que aqui eu conversei com ela, quer dizer eu tentei... (Discussão de caso - 23/04/02).

Neste caso, a colaboração de outra agente foi o caminho para conseguir fazer o cadastro da família³². Mas a resposta da equipe não ajuda a agente comunitária a lidar com sua maior dificuldade, lidar com um igual, um ponto cego pela proximidade: é vizinha da família que precisa acompanhar. Outros afetos estão presentes, neste momento, aparecem como dificultadores. A equipe não dá conta de colocar esta questão em sua pauta de trabalho: como é ser agente comunitário de saúde responsável por

³² Outros aspectos foram abordados no capítulo “Os trabalhadores vão às casas dos usuários”.

acompanhar seu vizinho? Há uma vibração na voz, nos gestos da agente que comunica uma irritabilidade por não conseguir realizar seu trabalho, culpa a família que não lhe dá atenção e expressa o desejo não voltar mais naquela casa. Santo de vizinha-casa não faz milagre. A tensão da atualização dos vínculos marca o encontro da trabalhadora com esta família e produz a reprodução do modo instituído de realizar o trabalho em saúde, “visitas compulsórias”, burocratizadas.

Med1 – (...) Então, vai com calma, aproveita esses espaços pra conversar, agora vamos aproveitar que a K vem pro pré natal aqui. Entendeu? Vamos devagarzinho...

ACS4 – Ela deve fazer aqui mesmo, né, o pré natal?

Enf2 – Ah, ela vai fazer aqui mesmo. Bom, por enquanto né...?....

Med1 – Gente, ninguém muda a família de ninguém! Ninguém muda a vida de ninguém. Cada um que muda sua vida. Então, o que a gente tá fazendo, é construir, é tentar construir alguma coisa junto com essas pessoas. E isso não acontece do dia pra noite, nem em um ano... nem em dois... Às vezes é pra vida inteira!

ACS4 – Nossa Senhora!

Med1 – É ACS4, você precisa ter paciência! (Discussão de caso - 23/04/02).

E em meio a tantos afetos, na lida de casos tão complexos, que mobilizam tantos sentimentos, a equipe se implica, a partir de um caso, e descobre uma fissura por onde pode passar uma linha de fuga no território do planejamento familiar, esboçando um fazer transversal na ótica do ser mulher, do relacionamento conjugal:

Med1 – (...) É... na verdade isso é um acontecimento em relação às mulheres, né? Essa baixa auto-estima. E não é só na classe pobre não! A gente tem visto aí, meninas, que estudam, universitárias, que se envolvem em relacionamentos... (...) Relacionamentos totalmente patológicos, de submissão né? Ficam até se sujeitando né? A determinadas coisas que a gente não acredita!

Integrante – E também isso não acontece só com menina nova não. Pessoa já com idade também. E aconteceu...

Med1 – Então, eu acho que essa coisa com a mulher precisa se resgatar. Ela não é apêndice de homem né? Quer dizer, a gente vive junto, é muito bom viver junto, mas cada um tendo, sabe? Se dando valor, se gostando né? E não deixando se impor determinadas coisas. Até né, Res1 e Med5, eu acho que tem que conversar com essa moça né? E... assim, a gravidez também é um risco pra ela nessa situação (...) (Discussão de caso - 23/04/02).

Mas, essa energia ali presente não atingiu um limiar com intensidade suficiente, capaz de engendrar uma máquina desejante, de um corpo que vibra e encontra outro corpo em ressonância compatível, capaz de produzir um dispositivo. Um dispositivo que detone novas formas de “ser mulher” numa sociedade como a nossa, capaz de mobilizar mulheres e homens a romper com os modos instituídos e descobrir modos mais criativos de viver afetuosos, delicados, com suavidade, produzindo e reproduzindo-se.

Haveria também um estranhamento da possível ação proposta como um fazer próprio da saúde? Neste caso, as linhas de segmentaridade dura estaria presentes com força.

E assim, uma certa cegueira da equipe pela dificuldade de aprofundar a implicação de também serem em maioria mulheres, ou de terem suas mulheres e companheiras. Em muitas situações se identificam com as problemáticas apresentadas nos casos, de necessidades não satisfeitas, de baixa auto-estima, de submissão, violência, e se deparam com as dificuldades em lidar com suas próprias dores.

E nessas circunstâncias, de dores e dificuldades vividas tão intensamente, como ser capaz de lidar com a necessidade do outro, produzir ações cuidadoras, se o contato com o caso, com a ansiedade dos outros trabalhadores, gera grande dificuldade de suportá-lo?

Enf2 - (...) tudo bem, mas se a gente entrar no nervo dela (a usuária) (...) se entrar no nervoso dela, aí que a corda (...)

ACS2- nenhuma de nós faz isso!

Enf2- Vocês chegam aqui como se (...) Nossa! A dor!

ACS2 - (...) Ela não está se alimentando (...) Aí era para ele ir lá ontem e ele falou que não podia sair para visita porque ia fazer supervisão do residente. Você não tava aqui ontem. (Discussão da equipe - 08/02/02).

Há dificuldade de suportar o sofrimento decorrente do trabalho. E os trabalhadores não se atentam para os ruídos presentes no caso, denunciadores do modo de trabalhar da equipe: um movimento de fuga da dor. Exemplos disso são: a ansiedade da enfermeira ao não suportar a deposição da agente, a insatisfação da agente porque o médico não fez a visita à paciente ontem e porque não pode contar com a enfermeira que

estava fora da unidade e muitos outros. São ingredientes que compõem a rede de relações da equipe, que, neste modo de funcionamento se fixa no polo paranóico. E, sem lidar com os afetos produzidos pelo contato com o caso e entre os membros da equipe, fica difícil acolher as necessidades uns dos outros e produzir ações cuidadoras.

A discussão de caso vai possibilitando a equipe encontrar formas de cuidar. Inicialmente, num recorte mais tradicional, seguindo as linhas de segmentaridades instituídas, o médico residente assume clinicamente o caso, para aprender.

Nessa produção, as energias mais predominantes são as das superfícies de registro-controle, constituindo a realidade como uma produção da reprodução e da anti-produção. Operam as linhas de ação da diferença (ORLANDI, 2000), provocando estranhamentos e produzindo ações de saúde, muito mais de uma gorda saúde dominante, negando os afetos que teimam em passar, sem admitir que já se afetaram.

Cena 3 - A construção da grupalidade da equipe e o enfrentamento das dificuldades na produção do cuidado.

A grupalidade vai sendo construída. A equipe vai enfrentando as dores de se ver imperfeita, dependente uns dos outros. Empreende um esforço para conseguir realizar a tarefa de analisar-se, apesar dos movimentos de resistência produzidos pelos investimentos pré-conscientes de interesse. A equipe esforça-se em conseguir uma integração daquela a que já estava lá e a equipe de saúde da família, apesar dos investimentos de desejos inconscientes, de separá-las.

Nesse esforço de se ver, uma forma encontrada pela equipe para enfrentar as dificuldades de interação entre os trabalhadores parece ser a escolha dos casos de famílias para discussão. Uma aproximação gradativa faz com que elejam famílias cadastradas que são seguidas por médicos de convênios ou em outros serviços. Não teriam outros casos para discutir? Só faltavam aqueles para classificar? Seria uma forma de fugir dos desencontros?, dos questionamentos de condutas? Esta parece ser a forma

possível de cuidar de algumas famílias e de lidar com as dificuldades da própria equipe.

ACS4 – É...a dona A é que vem aqui, mas elas seguem mais é pelo convênio. Agora, a D não tem convênio não, mas também não veio aqui ainda não.

Enf1 – Há quanto tempo elas tão morando aqui? (...)

ACS4 - E elas moram no prédio da rua (...)?

Med1 –E a dona A e a dona D não têm problema de saúde nenhum?

Silêncio

Med1 – Hum? (...)

ACS4 – A A tem problema de coluna. Agora a D falou que não tem nada não.

(...)

ACS4 – (...) as duas acompanham direitinho, as duas vão sempre no médico. (Discussão de caso - 03/09/02).

Os trabalhadores vão experimentando o espaço para lidar com casos seguidos fora, para gradativamente trazer casos da própria equipe, muitas vezes explicitando as diferenças, desencontros e competição.

Med2 - E aí aqui, marcaram comigo. Eu falei...E depois fica essa história, ah não é da Saúde da Família, e meu problema, não é esse. Eu tô na minha sala, atendo com a maior boa vontade. Não tenho vínculo nenhum com a criança e...o pessoal que tava vendo vai perder o vínculo com essa criança, ...e eu fico assim perdida não sei o que fazer, porque eu peguei uma criança que eu não sigo e que era....Que tinha um retorno em cinco dias e não fez nenhuma busca ativa. Se a criança não veio... Isso fica por isso mesmo...

ACS1 - E ela veio aqui, não me lembro bem se no ano passado ela passou com pediatra, e ela me falou pra marcar consulta com o pediatra. (FALA SIMULTANEA)

Med2 – Dá a impressão que a gente não quer atender, e não é isso, e eu fico perdida. (Discussão de caso - 03/09/02).

E quando o trabalhador explicita seu limite em lidar com o caso, apesar da explosão dos sentimentos represados, medo, dor, insegurança, impotência, foi possível criar uma ação de apoio mútuo para se fortalecer, para ajudar o usuário a suportar a sua dor.

Enf2- E eu acho que a gente precisa olhar pra gente, pro serviço, e ver uma outra coisa também. Algumas pessoas têm facilidade pra umas coisas, outras têm facilidades pra outras, ninguém é obrigado a gostar de tudo a dar conta de todas as situações, e...tá preparado pra aquilo, entendeu? Então se eu não tenho facilidade pra lidar

com a situação, olha, nesse momento eu não tô em condição de lidar com isso, entendeu? Tem uma outra colega que pode me substituir nesse momento (...) Quem sabe numa outra situação, num outro quadro, eu tenho mais facilidade, (...) ninguém vai ser menos por causa disso, entendeu? Não vai ser menos importante, nem vai deixar de ser agente comunitário, nem...ah, se eu não der conta disso eu vou perder meu emprego, não vai perder o emprego, isso é humano..

(...)

ACS3- Não é uma questão de dar conta, eu, por exemplo, me senti bem em ir, ver, fazer curativo. Até eu nem tinha coragem antes, né? Mas depois (...) E eu quero tá presente, saber, conversar com o Seu L, falar, acho que isso é importante pra mim, também. Porque eu acho que você sentir, é importante. Sei lá, eu penso assim (...)

Med1- E as pessoas se sentem muito bem sendo apoiadas, né? Agora, inclusive, isso né? Eu, lembrar de novo que a Enf2, a Est1 tinha se proposto né, e diante dessa coisa, que a dificuldade que a Enf2 colocou né, eu também não sou super homem mas, (...) Eu assim, eu tenho essa disponibilidade de tá acompanhando, eu gosto de ir né? (Discussão de caso - 01/10/02).

Aos poucos os trabalhadores encontram formas de cooperar entre si para lidar com as dificuldades encontradas no trabalho e assim produzir as ações de saúde:

Enf2 - (...) Então, é... eu acho que... se você puder... Eu acho que a gente podia marcar um dia, um atendimento conjunto até pra você me ajudar a orientar e depois assim, você me ajuda a orientar ela na primeira vez, porque eu já tentei mas não sei se ela entende a língua que eu uso (...)

Med2 -Pra mim não tem problema nenhum... (Discussão de caso - 03/09/02).

As discussões de caso também representam uma forma de acesso ao atendimento dos usuários. As agentes comunitárias colocam os casos em discussão como forma de mobilizar a equipe, trazendo a intensidade do que tem vivido, de como o caso as afeta, buscando sensibilizar a equipe a acolher sua demanda e montar uma máquina de produção de cuidado. Neste movimento, nem sempre as agentes obtêm sucesso, mas sem dúvida é um movimento que provoca desterritorialização, abrindo espaço para a invenção de novas formas de produzir saúde.

ACS4- Por isso eu queria que ela viesse, conversar (...) porque com o Dr. Med6, não tem vaga agora não.

Sup2- Quer dizer que você trouxe esse caso pra discussão porque a mãe abordou por causa da dor... (...), por causa do problema que tá mais intenso e nesse momento tá difícil de encaixar na agenda do Dr. Med6...

ACS4- É.

Sup2- E você tem a expectativa que aqui na reunião um outro encaminhamento seja possível?

ACS4- É. Ver o que pode fazer né? Porque se ela tem ido no Pronto Socorro e lá não resolveu. Assim, (...) talvez não seja o caso tão urgente assim né? Por isso que eu falei que ela viesse aqui, que ela conversaria com a Enf2, que a mãe só falou isso, que ela tá com muita dor, que há três dias que ela vem direto pro Pronto Socorro, e que o Pronto Socorro mandou que ela viesse aqui com um papel pra fazer encaminhamento (...) Pra marcar com o Uro. E se tinha condição de urgente. (Discussão de caso - 29/10/02).

No movimento de buscar formas de ajudar o usuário a lidar com seus problemas, as reuniões de discussão de casos também tratam do caso da equipe. Esta busca se cuida tratando de assuntos administrativos, aproveitando o momento para comunicações e informes gerais. Em alguns dos encontros a discussão centrou-se nas dificuldades entre os trabalhadores, sendo possível explicitar as diferenças como estes trabalham: cuidam de si, dos outros, dos materiais e equipamentos do serviço, como se cuidam (ou não), como se ajudam e se permitem serem ajudados, ao explicitar, suas dúvidas, dificuldades, ressentimentos, indignações, e muitos outros afetos produzidos nos encontros do dia-a-dia. Uma exploração mais cuidadosa da paisagem das relações da equipe pode ser feita através do roteiro preparado por Fortuna (2003).

Est2- (...) fica chateada (...) queixa, às vezes. Ah! eu faço muito, a outra não faz nada! Quem trabalha comigo é ela né? Isso faz criar um mal-estar e cria discussão. E aí o profissional acaba atrapalhando o pessoal mesmo... (...) Então, isso tá acontecendo com a gente, e eu acho que a tendência é piorar se realmente ...né. (...)

Med1- Ô gente, é isso, é essa conotação, puxão de orelha, certo ou errado né? Que às vezes fica muito pesado, entendeu? Eu não vejo o que a ACS4 falou como uma coisa assim, como um ataque, como não gostar da ACS1. Eu vejo além entendeu? Um sentido assim, eu quero cê trabalhando comigo, sabe?

ACS1- A gente ... não pode....

Med1- Por mais difícil que seja, ACS1, você acreditar nisso, e você mesma ACS4, acreditar nisso, porque a raiva tá muito grande aí,

entendeu? Gente, a gente só tem raiva de quem importa com a gente. Entendeu? Se tem raiva é porque também tem amor. Isso é da natureza humana. Então, quando ...se eu chego pra ACS2 ou o Med6 faz um comentário tipo: você precisa esclarecer melhor essa situação. Ninguém tá te dando puxão de orelha, mas tá te mostrando uma perspectiva que você não viu! Ou a gente não vê porque tá com preguiça, mas às vezes, a gente não viu porque não viu mesmo! (Discussão de caso - 24/09/02).

A equipe considerada enquanto um campo aberto de infinitas possibilidades de devir-se, na lida com os casos se vê atravessada pelo que as demandas e os processos de gestão lhes provocam. No mesmo plano, a produção do cuidado e do acolhimento emergem dessa ação concreta, objetivada pelos trabalhadores, mas muitas vezes capturada pelas regras e normas, pelos acordos implícitos entre os membros da equipe e muitos outros elementos, objetivos e subjetivos, que operam a construção da grupalidade e das ações de saúde.

Cena 4 - Sob o impacto da carta dos residentes.

De repente algo inesperado!

A gerente recebe uma carta assinada por todos os residentes em medicina de família expressando críticas e reivindicações em relação às atividades de formação dos residentes.

Bem se sabe que críticas e reivindicações são muito bem vindas, pois assim criam oportunidade de crescimento e melhora. No entanto, quando são pouco exercitadas e a possibilidade de expressá-las não são freqüentes, ao ocorrerem, irrompem como um impulso agressivo e violento, em situações fora do nosso controle, em situações cotidianas inesperadas (NAFFAH NETO, 1998).

Assim nos pareceu o impacto da carta dos residentes. Ressoa uma agressividade, um certo ataque a tudo e a todos, que, se não for assim, não consegue romper a superfície de registro-controle, o instituído.

A equipe expressa surpresa, indignação, ressentimento, mágoa, revolta, raiva pela forma como foram expressas as críticas e reivindicações, pela falta de reconhecimento de todo o esforço empreendido por todos, trabalhadores da unidade, usuários e outros, para possibilitar a criação daquela residência. Sentimento de derrota diante do fato que intensifica o pólo paranóide da equipe. O que fizeram de errado? Serão punidos se os residentes não quiserem ficar no CSE Vila Tibério? Diante da iminência do fim do projeto, com a possível retirada dos residentes da unidade, persiste o desejo/necessidade de mantê-lo, até por questões de sobrevivência do trabalhador.

A equipe vai se analisando e percebendo que trabalhou a tarefa explícita de lidar, à sua maneira, com o modelo misto, uma equipe tradicional de unidade básica trabalhando junto com uma equipe de saúde da família, num esforço de integração, com o predomínio do modelo tradicional, e foi, também, produzindo inconscientemente o desejo de vê-las separadas. E assim revêem seu projeto assistencial.

Med1- Mesmo porque assim, eu não sei, eu não entendi ainda, mas na minha concepção do Programa de Saúde da Família...é... não tá baseada na mudança do médico generalista, né? o Programa de Saúde da Família, pra mim, tá baseado numa assistência muito mais ampla ahh...que não é só assistência do paciente, mas assistência da gente também como pessoa, como trabalhadores. É uma construção, uma coisa assim que eu vejo como muito bonita mas, que não é fácil por nossos parâmetros.

Sup1- Porque passa por um dado resgate de humanidade do trabalhador (...)

Med1-... (...) porque eu acho (...) que na verdade a saída dos residentes daqui muda algumas coisas, mas não deveria mudar o projeto. Se esse projeto estiver na nossa cabeça, né? Ahn... (...) se cada um, ahh... puder ser ouvido, cada paciente que chega aqui, né? se puder ser ouvido naquilo que ele traz, que muitas vezes não é um problema de saúde, não é um problema que nós vamos poder resolver mas, o que que nós vamos poder fazer por esse paciente? Construir com ele e aprender com ele, né? (...) O difícil é a gente trabalhar entre nós, profissionais. (...) (Reunião de equipe - 22/11/02).

A reunião reflete o que acontece com a equipe. Não discutem casos de famílias. Num grande esforço, voltam-se para a busca de parcerias fora da unidade para se fortalecer. No corpo um desânimo, sensação de “balde de

água fria”, sem acreditar muito na própria capacidade de realizar, se ressentindo de uma dependência meio imobilizante, e sem energia para assumir a realização das ações para manter o grupo vivo. Mas se esforçam para encontrar parceiro para uma dança: o pessoal da Pastoral da Criança, da Comissão Local de Saúde e da Missa dos Enfermos das quatro horas da tarde. Parcerias e estratégias de divulgação das atividades programadas, para dar visibilidade aos trabalhos da equipe e aproveitar do prestígio que estes possíveis parceiros já têm junto à população.

Enf2- (...) uma parceria com a Pastoral da Saúde, com a Pastoral da Criança, é pra outra coisa, eu entendo isso. Eu acho que precisa da participação dos pediatras. Acho importante eles se conhecerem, saber com quem conversar, com quem trocar idéia, mas principalmente porque, eu acho assim, Med2 tem uma disponibilidade, tem uma facilidade de tá trabalhando com essa questão, tanto do desnutrido quanto do obeso. Eu acho que eles tão precisando. A gente sente que eles tão precisando de um certo embasamento pra conseguir tocar o serviço deles pra frente, e à medida que eles vão tocando pra frente ajuda a tocar o nosso (...) Eu acho que a principal parceria tem que ser com quem tá dentro das casas, com quem tá vendo as famílias, entendeu? (...) (Discussão de caso - 26/11/02).

Mas, vão se sentindo incapazes por não saber fazer grupos, lidar com a comunidade, explicitando a fantasia de que o pessoal de nível superior sabe, sentem-se dependentes da estagiária de psicologia e do professor de dança de salão, voluntário, para fazer acontecer alguns grupos.

ACS2- As meninas da Psicologia. Mas a Est1 deixou em aberto pra gente tocar isso sozinha e ela vai organizar outra coisa agora aqui dentro. Mas aí a gente ficou sem graça de fazer isso. Coitada, ela deve tá chateada já. Cada vez que ela vem tem uma diferente. (...)

Med1- Eu acho, sabe, que assim, ahn... Eu tenho experiência de trabalho na rede, né? Ahn... Eu não acho que as coisas precisam demorar tanto. né? Mas será que essa demora... esse demorar também não veio de acordo com nossas necessidades? Né? Como a gente vai organizar alguma coisa pra Janeiro ou pra Dezembro, se a maioria de vocês tá de férias, né? (Discussão de caso - 26/11/02).

E a equipe fica meio sem rumo:

Enf1- (...) não sei se na reunião a gente vai discutir caso, se vai discutir a agenda... (Discussão de caso - 03/12/02).

Prosseguem discutindo desencontros do cotidiano, percebendo as dificuldades de comunicação e o desconhecimento do fazer de cada um, mas principalmente se percebem sem vontade, até que com grande esforço se voltam para um caso:

Med1- Gente, vamos fazer o seguinte, olha! Nós temos reunião até oito e meia, nove horas. Vamos discutir algum caso, ou vocês não querem fazer reunião. Eu resolvo minhas coisas administrativas paqui, porque essa bagunça não dá. A gente tá perdendo tempo. Eu tô deixando aberto, o que vocês querem fazer?

ACS4- Eu não tenho família pra discutir assim que tenha (...)

(...)

Med1- E aí, quem quer discutir algum caso?

Integrante- Se querem ou não?

(...)

Med1- Não, porque eu comecei...nós começamos a reunião aqui e tá tumultuado, um entra, outro sai, chama pra ver, atender paciente, não sei o que...

(...)

ACS1- Posso falar? É a LAL tem 23 anos, tá desempregada. Ela tem bronquite e tá grávida. (...) (Discussão de caso - 03/12/02).

E ao discutir o caso vão trabalhando com a realidade que vai se configurando (no próximo ano a unidade não terá residentes) e buscando outras formas de assistir:

Sup1 - (...) eu tô perguntando porque não tinha uma combinação assim, dos pré natais que comessem fosse começar com os residentes? Mudou? Como é que é?

(...)

Med1- Porque o ano que vem, não tarão (os residentes) aqui. (...) a agenda deles tá fechada. Eles inclusive não tão marcando nem mais retorno pra eles.

(...)

Med1- Eu acho que poderia colocar, mas eu acho que a gente poderia tá conversando, né? O que que será que talvez a gente possa tá fazendo fora a consulta médica, pra essa família né? Lógico que ela tem que passar por uma consulta médica, né? (...) Mas têm outras coisas que precisam. Eu penso, têm outras coisas que podem ser feitas pra ajudar essa família, né? A gente tá vendo aqui que tem uma série de fatores de risco, inclusive no quadro que ela tá apresentando. (Discussão de caso - 03/12/02).

Nesse esforço de assistir o usuário, parecem tentar resgatar o momento anterior ao episódio da carta dos residentes. Retomam a

cooperação para realização de visitas a alguns casos mais complexos, aprofundam discussões de problemas da comunidade, como por exemplo, as condições de habitação dos que moram em pensões e vilinhas, se deparam com as diferenças de priorização de problemas feita pelos trabalhadores e pela população, se propõem a realização de levantamentos e a fazer trabalho conjunto com a Comissão Local de Saúde, mas não conseguem efetivar uma ação prática. Ficam nas idéias e propostas. Uma espécie de acumular mel para voar depois.

E na dinâmica grupal, a própria equipe armazena essas idéias sem colocá-las em ação, voltando a atenção para questões burocráticas de como proceder com os encaminhamentos para o nível secundário. Sabotagem? Defesa à dor que leva a defesa, protegendo-se no conhecido? Captura pelo modo instituído? A equipe faz o que pode e como pode.

E vão, através dos casos de famílias que apresentam, discutindo os problemas da própria equipe. Discutem casos de famílias com problemas de saúde mental, de gravidez indesejada, as dificuldades de lidar, de escutar, de compreender o que o outro espera da vida. Ao mesmo tempo em que buscam defender o projeto de realizar ações que tenham impacto sobre a saúde da população:

Med1- Então são essas coisas. O que que tá puxando esses indicadores, são essas coisas desse jeito, né? Então a gente precisa conhecer. Ontem eu até trouxe pra Enf1, ela levou. Ahn... ontem saiu na Folha de São Paulo também, a região de Ribeirão Preto tá com índice de nascimento de baixo peso maior do que o Estado, né? A média do Estado é 8,9%. Ribeirão Preto tá com 9,59%, né? De baixo peso. E quais são as causas? Falta de pré natal, má alimentação materna, a desnutrição materna, gravidez na adolescência, tudo isso. Essas gravidezes, olha essa moça tem 21 anos, né? já teve três gravidezes. Isso acaba com qualquer organismo, né? Assim, repetidamente, né? Nessas... nessas condições de vida, né? Que a gente precisa tá atento, senão, quer dizer, é difícil a gente intervir? É. Mas se a gente não tiver olhando pra isso também, a gente não... a gente faz de conta que tá fazendo alguma coisa né? (Discussão de caso - 17/12/02).

E é com muita dor que percebem que, em muitos momentos, não trabalham em equipe e se deparam com a fragilidade do que acreditavam

ser o projeto da equipe, percebendo que ensino e assistência não caminham na mesma direção.

Res1- Uma coisa bem genérica que eu acho assim é... (...) equipe engajada de família. Eu sinto mais é... Quem mais veste a camisa, assim, de família, eu acho que é a Med1. Não é porque eu tô falando, mas você tem uma visão assistencialista. Tô falando da nossa discussão da carta (...)

Med1- Como é que é? Eu tenho uma visão assistencialista?

Res1- Mais assistencialista do que pra mim, por exemplo que sou residente, você tem uma visão ótima de família, mas você tá preocupada mais com assistência do que ao...ao...aos pacientes, né? E a gente tá reivindicando outra coisa. No meu caso...

Med1- Então, só deixa eu dar uma justificativa porque até queria que você pensasse sobre isso, né? (...) E eu não consigo ver ninguém aprendendo sem pensar na assistência. Como essas coisas tão separadas, entendeu? Então quando eu te digo assim:- vamos olhar pros indicadores de saúde, eu na minha cabeça, eu tô te ensinando, entendeu? Eu tô promovendo ahn... Não ensinando, tô promovendo que você reflita, entendeu? Certo? Quer dizer, porque essa coisa de você aprender, olha, isso é amidalite, isso é escarlatina. Eu trato assim. Isso, Res1, é uma coisa que na assistência você aprende a fazer...

Res1- Eu concordo, mas as duas coisas têm que andar juntas. Precisa ser dito, não pode separar as duas coisas! (Discussão de caso - 17/12/02).

A equipe se percebe ainda reproduzindo o modelo hegemônico e corajosamente refletindo acerca do que desejam:

Enf2- (...) eu acho que de uns tempos pra cá veio um balde de água fria pra cima da gente. Ahn... Essa situação parece que... independente de querer mudar, de não querer mudar. Mas eu acho que... assim, parece que existe um negócio muito mais político (...) Então, eu tô sentindo que tem um negócio que não é pra ficar. Parece que essa... Então assim, meu grande desânimo, minha grande falta de vontade de tudo, é do tipo assim, você fica aqui fingindo que não tá acontecendo nada, continua fazendo do mesmo jeito, vamos trabalhar, vamos fazer, pra quê? Pra semana que vem, os residentes irem embora, entendeu? Pra daqui três semanas o Med6 pedir transferência, ahn... aí fica a Enf1 com a Med1 aqui, de novo, aí é lógico o agente comunitário que eu acho que assim, é a pessoa...

ACS4- Vai embora! (Discussão de caso 17/12/02).

E vão mesmo assim construindo novas referências para manter o trabalho e a própria sobrevivência, enfrentando os medos e inseguranças do risco do desemprego e do não saber:

Med1- (...) por exemplo, (...) elas me pedem:- a senhora vem comigo? Eu, às vezes, saio daqui sem nem saber assim, vou fazer tal coisa. Não, a minha... o meu objetivo é vou tentar entender melhor.

(...)

Res1- É isso que eu tô falando é saber ouvir, saber consolar, não...

ACS1- Elas sabem um jeito de levar a conversa (...) sabe? Eu não sei... (...)

Sup1- A Enf1 pode aprender, o Res1 pode aprender, vocês podem aprender. Se vocês se colocarem na questão do aprendizado mesmo.

ACS4- É, mas a gente aprendeu bastante porque no início a gente não sabia nada (...)

Sup1- Você sabe muito, ACS4!

ACS4- É, mas tem hora que parece que a gente não consegue, tem hora que eu fico apavorada de não conseguir. (Discussão de caso 17/12/02).

Em meio as conquistas e derrotas, a equipe parece que vai se fortalecendo na defesa do projeto:

Med1- É, nós não temos projeto comum, (...) é esse o problema. Entendeu? Cada um tá defendendo o seu!

Enf1- A hora que tava começando, entendeu? A engrenar, parece que o negócio tava falando:- agora vai!

ACS4- A senhora lembra quantas vezes eu ficava preocupada... No início, eu falava: gente parece que o pessoal não quer, parece que só a gente é que quer, isso vai acabar. Lembra quantas vezes? Aí a senhora falava:- não, isso não acaba assim! Eu via que parece que não era todo mundo que queria...

Med1- Mas olha, ACS4! Eu ainda acredito que não acaba... (...) E outra coisa! (...) Você acha que a comunidade do jeito que tá agora, inclusive, com o trabalho que a gente fez junto, você acha que eles vão ficar assim? Ah, imagina! Não vão! (Discussão de caso 17/12/02).

E a força do desejo de ver implementada a atenção às família numa outra ótica se impõe por pequenas fissuras, mobilizando a equipe a identificar parceiros, elaborar estratégias para manter-se na luta.

Med1- (...) Eu acho que assim, todo mundo ficou meio abalado com a história.

ACS4- É.

Med1- Eu tô colocando a carta, mas eu acho que a carta, né? Pôs toda a situação à mostra, né? A situação da Faculdade, né? (...)

Qual que é o projeto (...)

Res1- O objetivo era esse.

(...)

Med1- E...então assim (...) eu tenho pensado assim, minha arca tá aberta, quem quiser embarcar...pode vir.

Enf1- A arca da Med1. (Discussão de caso 17/12/02).

A “arca” é o encontro de confraternização do final do ano. A proposta é resgatar a reunião familiar ao redor da mesa, conversar enquanto se prepara o alimento. O alimento para manter o projeto vivo. Encontro da equipe para troca de experiências, trabalhar com outro em um território diferente, com fazeres diferentes. Entrar na arca é participar do encontro e partilhar do projeto que luta para se manter vivo.

Sol forte, calor intenso de dezembro. Os trabalhadores vão chegando aos poucos. Expressam ambigüidade no desejo de ficar e ir embora. Enquanto aguardam, timidamente, alguém fala que gostaria que o residente ficasse trabalhando na unidade e que a população iria sentir muito a falta dele, e acrescenta: “é isso que a Med1 gostaria que a gente conversasse aqui!” (Diário de campo -19/12/02). Como um porta-voz revela a dor da perda do residente. Assumindo como pode o quanto se afetou diante dos fatos.

Parar para apreciar as paisagens escondidas nas discussões de casos nos abrem a possibilidade de criar as nossas próprias paisagens, criando outras viagens.

Partindo da superfície da classificação das famílias, critérios de riscos técnicos, abre-se a possibilidade de acesso ao atendimento, de incluir o caso na agenda dos técnicos pela produção de subjetividades aquém e além do indivíduo, nas sucessivas tentativas de montar máquinas produtoras de cuidados.

O palco da apresentação dos casos se abre para a multiplicação de possibilidades de ação, num emaranhado de linhas de segmentaridades duras e flexíveis e, por entre elas, as de fuga, em pequenas fissuras fazem

passar fluxos, intensidades e desejos, nem sempre cuidadores, nem sempre libertadores.

Um palco exige platéia. A cena é apresentada à equipe. O roteiro propõe interação com a platéia, que já não é platéia, é protagonista também. Está envolvida, implicada pelo simples fato de ser integrante daquela equipe. O caso não é só de quem o apresenta. A responsabilidade é compartilhada. “Assumir a responsabilidade é o ponto de partida, sua extensão é ‘viver’ para a responsabilidade assumida enquanto os outros precisam de nós” (FIGUEIREDO JR., 2001, p.183).

Um palco para expressar e lidar com as ansiedades, medos, inseguranças, fantasias que vamos vivendo ao nos aproximarmos a outros mundos, outros universos de referência. Nosso impacto frente ao diferente.

A deposição da ansiedade é feita predominantemente na coordenação-gerente que se dispõe a ouvir, a maternar e à medida que apóia a equipe, tem a satisfação de se fazer gerente, cuidadora da equipe. Às vezes cria dependência, outras vezes cria autonomia. E também, busca apoio para si, nos próprios trabalhadores, nos parceiros de projetos e na equipe de supervisão.

Conforma-se a necessidade de uma rede de apoiadores que mutuamente se amparam e se fazem trabalhadores, protagonistas de ações de saúde, capazes de aprender com a experiência, de se deixar ser amparado e cuidado e de amparar e cuidar.

Todo aprendiz necessita de reforço positivo. A equipe pode cuidar disso. Apresentar e discutir casos com os quais obteve sucesso ou resultados positivos e não só, predominantemente, aqueles mais difíceis ou insolúveis. Incluir alegria, risos e festa para alimentar nossos corpos, pois somos humanos, de carne e osso.

Aprender e ensinar é a labuta do dia-a-dia. Poderiam as famílias participar da discussão do próprio caso? Alguém já as convidou? Não seria aí uma forma de criar protagonismo, estabelecer outra forma de relação rompendo com o instituído? A equipe seria capaz de se apresentar sem seu

manto de onipotência, do sabe tudo? Seria capaz de discutir com as famílias suas dificuldades em relacionar-se com elas, compartilhar o modo como as vêem? E mais, estariam em condições de ouvir das famílias o que estas pensam a respeito deles mesmos?

Outras viagens a realizar, outras paisagens a explorar. Ainda não percorremos esses caminhos que vão se abrindo neste momento de análise. Fica o convite ao leitor percorrê-los, se interessar, se achar que vale a pena. Pegou a sua mala? Pegou o passaporte? Boa viagem!

A Parada revelando o modo de funcionamento escola

Quando viajamos por longas estradas sempre fazemos pequenas paradas. Beber uma água, ir ao banheiro, apreciar uma paisagem, tirar uma fotografia, descansar o motorista.

Foi numa das idas a Uberaba que Jorge Bichuetti nos ajudou a ver que havíamos feito uma parada na nossa viagem pelo CSE Vila Tibério. Parada da supervisão no mês de julho porque vários trabalhadores entrariam de férias e também porque nós, supervisoras/pesquisadoras queríamos férias para trabalhar no projeto de pesquisa, estudar o referencial teórico, nossa tarefa da escola, do curso de pós-graduação. Aceitamos rapidamente a proposta da equipe e programamos retomar a supervisão no início de agosto. De nossa parte, confluência de interesse e desejo de terminar a tese. Da parte da equipe, interesse e desejo de que? Para Deleuze (1992, p.30) “os interesses sempre se encontram e se dispõem onde o desejo lhes predeterminam o lugar”.

Assim vivemos o aprendizado do conceito de *analisador natural* “produzido espontaneamente pela própria vida histórico-social-libidinal e natural, como resultado de suas determinações e da sua margem de liberdade” (BAREMBLITT, 1996, p. 152).

E o que este analisador nos revela?

Julho, dezembro, janeiro, fevereiro, meses tradicionalmente de férias escolares. Férias, tempo de descansar dos trabalhos da escola, de correr pelos campos, brincar de bola na rua, andar de bicicleta, sair com amigos, viajar. Transito que flui mais tranquilo.

Para refletirmos, retomo a contribuição do Professor Merhy com a questão formulada durante discussão sobre nosso projeto³³: “um centro de saúde escola é o lugar da saúde ou o lugar da escola?” Para alguém que trabalha há muitos anos em um centro de saúde escola essa pergunta produz ressonâncias diversas.

Um centro de saúde escola se estrutura no tripé assistência, ensino e pesquisa. Equação desafiadora. Mas não há como ter ensino e pesquisa de qualidade sem uma assistência bem estruturada.

Como articular o modo de funcionamento de um serviço de saúde e de um serviço escola sem prejuízo da população alvo? Para a escola a população alvo são os alunos, que tem férias em determinados períodos do ano. Um serviço de saúde pode parar para férias coletivas? Como fica a assistência à população?

A parada da supervisão no mês de julho revelou o atravessamento da instituição escola na instituição saúde, resultando no movimento da unidade trabalhando em ritmo de escola.

O serviço de saúde entra em férias coletivas, sem fechar. Mantém o mínimo de atendimento com quem fica. E estes trabalhadores vivem a angústia de se imaginar sem ter o que oferecer à população, ou oferecendo o mínimo, pois vários médicos entrarão de férias e a oferta de serviço é centrada em consultas médicas.

Nossa angústia como supervisoras da equipe foi compreender e aprender, com a ajuda de Jorge, que este seria o momento de se intensificar a supervisão, o momento para organizar outras formas de assistir a população.

E a equipe não problematiza as férias coletivas, não engendra máquina para assistir neste período em que estará um número menor de trabalhadores. Quais seriam os casos que não poderiam ser dispensados? Quantos casos poderiam ser atendidos nessa configuração temporária da equipe? Quem atenderia? Como? Haveria outras formas possíveis de

³³ Discussão realizada em 17 de julho de 2002 no Núcleo de Pesquisa e Estudo em Saúde Coletiva - NUPESCO ligado ao Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP.

atender, acolher que promovessem saúde? Que articulações com outros equipamentos sociais da área poderiam ser feitas?, e com a população? E se atividades assistenciais alternativas apresentassem bons resultados sem a participação dos médicos, seriam estes desnecessários? Haveria algum interesse no desenvolvimento dessas atividades? Quem seria beneficiado?

E como programar as pausas necessárias para revitalizar o corpo e a mente do trabalhador que se cansa e se esgota nessa lida intensa com as dores e sofrimentos?

Em termos da equipe, seria importante descobrir o ritmo em que seu corpo se mantém em condições de trabalho. Qual seria a organização que poderia trazer mais vida, que a mantivesse mais produtiva?

Nas férias coletivas, como fica o vínculo com os usuários? Eles não sabem do segredo da equipe: férias coletivas camufladas, a unidade fecha sem fechar. Não participam da decisão, não tem como trazer a contribuição do seu ponto de vista, de quem usa o serviço de saúde. Poderiam talvez agenciar trabalhadores no sentido de organizarem-se de outra forma para gozar as férias, sensibilizando-os de suas necessidades. Os usuários poderiam contribuir também com o aprendizado dos trabalhadores mostrando outros ângulos da questão, defendendo seus direitos, fazendo-se cidadãos. Mas, ficam excluídos. Sabem somente que têm muita dificuldade de resolver seus problemas e que dependem do serviço de saúde para satisfazer suas necessidades.

A equipe aproxima-se do problema indiretamente. Discute as dificuldades do cotidiano. Olham para suas dores. Da dor de saber que não vai poder acolher o usuário e da dor que isso significa para ele. Ressoa uma sensação de desamparo por não ter o respaldo do médico nas decisões de dispensa de usuários, sensação que intensifica diante do anúncio das férias.

TE4- Então, todas as vezes que eu solicito alguém, algum médico que está aqui, ele ajuda a fazer a triagem (...) mas muitas vezes, a gente passa por essa situação, não tem ninguém, né? E a gente se sente, assim, muito preocupada, né? de tá pedindo pra essa pessoa ir pro Pronto Socorro.

(...)

Sup2- Você tem... você tem uma preocupação...

TE4- Eu tenho uma preocupação também, quando não tem vaga, de tá pedindo pra voltar outro dia, entendeu? (Reunião de equipe - 28/06/02).

Antecipam a dificuldade de trabalhar na recepção com uma oferta de consultas médicas diminuída ou até zerada em alguns períodos. Mas, não são só os médicos que entram de férias. Vários outros trabalhadores também, da limpeza e da enfermagem. Sentem no corpo um mal-estar. Manifestam como sobrecarga, pela falta de auxiliar de enfermagem, pelo aumento de trabalho após a implantação do Saúde da Família. E raspando a superfície, deparam-se com as dificuldades de relacionamento entre os trabalhadores. Referem por exemplo, dificuldades em conseguir colaboração e medo de pedir ajuda ao colega.

E se ressentem antecipadamente da falta de apoio que viverão na ausência de uma das médicas, que também é gerente e entrará em férias, que “pra tudo tem um jeitinho”. Ressaltam a importância de sua disposição para a escuta, a atitude interessada, mesmo que não se possa empreender nenhuma intervenção os trabalhadores se sentem acolhidos e amparados nas angústias da lida com o trabalho, ou seja, destacam sua importância como referência simbólica e imaginária da escuta, do acolhimento, do compartilhar, da busca de alternativas para os casos.

TE4- É a maneira de olhar pros casos, entende?

TE4- É o jeito de...sei lá...é especial o que se faz. Se todos tivessem um pouquinho desse especial, seria bem diferente, tudo. Eu acho.

ACS3- Quando você fala com alguém e depois essa pessoa se lembra do que falou, te pergunta sobre aquilo, tem interesse em saber se aconteceu, alguma coisa, se mudou, se melhorou. Isso é diferente! É diferente você falar uma coisa... Fazer o quê!? (...) Ou falar: isso é assim mesmo!

Sup2 - Quer dizer que é algo especial, não é só a escuta. É mais do que a escuta, é uma atenção que se desdobra no acompanhamento do caso.

Enf1- É solidariedade pra escutar e pra acompanhar...

Med1- É, eu acho que talvez o que elas acham o que eu resolva é talvez só isso, a minha disponibilidade pra ouvir. Não que eu resolva muita coisa. É a disponibilidade pra ouvir, de tá dividindo... (Reunião de equipe - 28/06/02).

E como passar alguns dias sem esse amparo? Os trabalhadores sentem-se fragilizados para dar apoio aos usuários. Sob essa tensão, rapidamente se re-territorializam no modo tradicional de lidar com a demanda, apegam-se às regras, normas e rotinas, não escutam os usuários, não se escutam e se distanciam das pessoas que procuram ajuda.

Com sua capacidade de maternagem, a médica-gerente acolhe as ansiedades dos trabalhadores, especialmente das agentes comunitárias de saúde e técnicas de enfermagem na necessidade de escuta e de apoio para cuidar dos usuários. Na iminência das férias, sente-se abandonando os filhos? Não exatamente, pois o serviço não vai fechar. Mas, com o corpo cansado, desanimado, sentindo-se como que roubada do sentido de sua lida, pelos obstáculos, pelo que nos imprime o regime da instantaneidade, deseja férias. E ao ter o reconhecimento pelo esforço e receber os elogios da equipe pelo acolhimento, atitude interessada, a gerente agradece deixando um presente para a equipe, a parábola do Mito de Hermes.

Segundo a mitologia, quando Hermes nasceu, Apolo, o deus da beleza, era o filho mais poderoso de Zeus. Maduro, reinava como primogênito, possuía riquezas, amores, tudo. Ao perceber a enorme diferença que havia entre ele (bastardo e renegado) e o irmão mais velho, Hermes, diz a lenda, roubou o gado de Apolo da noite para o dia. Apolo acorda bravo e surpreso, percebe que foi roubado e quer tudo de volta, mas Hermes finge inocência. Apolo vai reclamar a Zeus, que exige de Hermes uma reparação. Como é impossível recuperar o gado, Hermes, a caminho da casa do irmão, encontra um casco vazio de tartaruga e, com algumas tripas secas de carneiro, faz a primeira lira e a entrega a Apolo em troca do que roubara. A partir de então, Apolo passa a ser o deus da música, criador de todos os sons.

Segundo Jung, o mito de Hermes trata do renascimento da alma. Quando chega ao meio da vida, uma pessoa, em geral, está acomodada (como Apolo) em torno de padrões psicológicos conhecidos. Tudo parece perfeito. Filhos, trabalho, realização financeira. Um dia, a pessoa acorda, e sua vida parece perder o sentido. A habilidade de valorizar suas "obras": filhos, bens materiais, posições de poder (o gado de Apolo) parece ter sido roubada. Onde foi parar tudo aquilo que a fazia feliz? Esse é o primeiro ato do drama que se desenvolve no meio da vida: "Não é possível que eu tenha perdido o que conquistei. Quero minha vida de volta!".

O segundo ato da trama começa na caverna de Hermes, onde o pequeno e engenhoso ladrão dorme inocente. Quando seguimos as pegadas do ladrão de nossa libido, aprofundando nossa jornada até a escuridão do inconsciente, descobrimos que fomos saqueados por um bebê ardiloso que fisciou nossos tesouros e jogou nossa vida no vazio. Hermes finge inocência. Ladrão, mas

também inventor, ele é uma força com a qual temos de lidar. Hermes parece uma maldição, mas também é o deus mensageiro, que traz o novo, a criação (a lira, a música). Na meia-idade, a alma, apoiada por essa força recém-nascida, inventiva, exige atenção. No meio da vida, Hermes (como a alma) não pode ser "contido". A alma escapa de seu refúgio e rouba, para ser vista, honrada e amada.

O mito nos conta que o conflito entre Apolo e Hermes acaba bem. Apolo aceita o presente de Hermes, e a música se torna o seu maior dom. Quando a alma desperta no meio da vida e nos traz seus presentes, somos desafiados por eles. Se aceitos, esses presentes serão o ponto alto de nossa existência, o centro de nossa unicidade. Se ignorados, podem nos perseguir por toda a vida e minar nossos esforços. Hermes, o deus mensageiro, é, na alquimia, o mestre das transformações, aquele a quem pedimos ajuda para avançar nesta odisséia que começa exatamente quando a jornada do meio da vida se abre diante de nós. Neste período decisivo da vida, não temos outra saída a não ser deixar que esse deus (segundo Chico Buarque de Hollanda) "sonso e ladrão" nos guie e nos presenteie com um novo dom. (DIP, 2002) (grifo nosso).

Med1 - (...) Então essa...eu tô propondo que vocês reflitam e aqui tem até depois a análise da...da...do mito, tá? Apolo foi roubado em toda a sua riqueza mas ganhou uma lira feita de um casco de tartaruga com tripa de carneiro e se tornou também, além do deus da beleza, o deus do som. (Reunião de equipe - 28/06/02).

Mas qual é a lira que deixa para a equipe? Talvez, a alquimia desse mestre das transformações, desse deus mensageiro que vem dizer a equipe que se permita viver e buscar os caminhos para se transformar numa espécie de deusa da saúde e do cuidado? Uma "odisséia que começa exatamente quando a jornada do meio da vida se abre diante de nós" e faz passar estranhamentos, questionamentos, um mal-estar que nos impõe a busca de novos sentidos. Como conseguiria isso se no momento vive a dor do abandono e do desamparo? O que poderia trazer música aos ouvidos da equipe no momento em que se anuncia o roubo do seu tesouro? A equipe se embala em músicas tristes que sonorizam o momento.

Nesse clima de perda, tristeza e dor, a equipe não acredita muito que pode fazer de outro modo se aceitar as diferenças e as potencialidades de cada um, sem esperar respostas e atitudes iguais. Em vez disso, fixam os lugares do saber e do não saber, resolver, escutar...

Sup1- Pelo que vocês tão falando tem a questão da credibilidade aí nesse processo colocado aí também. Quando o médico fala e quando eu falo tem uma diferença. Agora por exemplo, voltando

aqui com vocês, quando você fala com a gerente e sente que não... embora o resultado não seja concreto de algum jeito, mas que você sente que resolveu...

ACS4- Sim.

Sup1-... quando você fala com outro trabalhador e você sente que não resolveu, tem aí...pode ser que tenha aí a questão da credibilidade também colocada, de escuta. De escuta maior do que ouvido. Uma coisa é ela ouvir, outra coisa é ela escutar. Não dá pra pensar um pouco entre vocês, trabalhadores que estão aqui agora, nesse grupo, como é que é a escuta de vocês? (Reunião de equipe - 28/06/02).

A equipe diferencia, quanto à credibilidade, a fala emitida pelos trabalhadores e a representação de quem ajuda ou pode ajudar a resolver um caso (ou de quem não ajuda) reproduzindo modos instituídos da sociedade de demarcar os lugares das pessoas. Esse processo afeta a todos os envolvidos, num afetar mútuo de corpos que se atraem ou se repelem para uma ação conjunta, à medida que são atravessados por esses instituídos.

Ainda sob essa lógica, sentem (consciente ou inconscientemente) que arriscar fazer diferente tem seus perigos. Se outros trabalhadores de nível superior assumirem o papel de apoiadores nas discussões dos casos o que poderia acontecer? Estariam em condições de assumir esses novos papéis? Têm interesse e/ou desejo de assumir a atividade? Não haveria riscos de perder a segurança do lugar conhecido ou de mostrar o não saber? Haveria interesse de quem é tido como quem ajuda, de arriscar perder o lugar de prestígio? A gerente perderia o lugar da mãe que cuida dos filhos, se nessa experiência os novos apoiadores tiverem resultados positivos?

A segmentaridade dura saber-não-saber enrijece as relações e restringe a capacidade produtiva da equipe. Nesse modo de funcionamento se reproduz a pedagogia da transmissão da escola tradicional, não há abertura para aprender com o outro, aprender a aprender. Há uma grande expectativa por respostas prontas, orientadas pela certeza do saber científico. Assim o espaço para o não-saber é mínimo, para a colocação de uma dúvida ou de um pedido de esclarecimento.

Esse funcionamento alimenta o pólo paranóico da equipe que teme que essas manifestações possam colocar em risco o prestígio, o

reconhecimento, reforçado pelo imaginário de que se vai ser rejeitado pela própria equipe, pelo professor, pelo gerente, pelo colega de trabalho. Produz-se a mudez, os não-ditos que contribuem para emaranhar e nublar ainda mais esse já confuso universo de relações, interesses e desejos.

É com grande esforço e tensão, após investimentos na construção da grupalidade, atualizando os vínculos, que vai-se adquirindo a confiança de se colocar na roda as incertezas, as dificuldades, os não-saberes, sem, no entanto, ser capaz de organizar e empreender uma ação prática.

Med1 - E eles ficam muitas vezes diante dessas coisas, e se não tivesse essa discussão, como que a gente passa isso pra frente? (...)
Mas assim, eu gostaria...até porque, né, Med4? Eu lembro que teve uma das nossas reuniões, que você colocou assim, né? A gente não...O que a gente aprendeu não dá mais conta da gente lidar com os problemas que aparecem no consultório.

Med4- Exatamente!

Med1- Então, eu até acho, por exemplo, eu tenho aprendido muito...

Med4- Os problemas são muito maiores dos que a gente atendia antigamente. Hoje em dia a gente tem que estar muito mais aberto assim... Eu acho que eu não tô ainda tão aberta, assim... (Reunião de equipe - 28/06/02).

Enfrentar esse não-saber é

trabalhar com a consciência de que nenhuma ferramenta (apesar das promessas do PSF) pode dar conta de tudo, embora todas sejam necessárias. Reconhecer a insuficiência das prescrições e receitas, não é tarefa simples. [...] inventar abordagens a cada caso, exige um 'luto' da onipotência de cada profissional, para que seja possível o trabalho em equipe (FRANCO; MERHY, 1999, p. 6).

A insuficiência dos saberes fragmentados — compartimentados por disciplinas, isolados e hiper-especializados — está colocada. Fazem-se necessários, urgentemente, outros saberes que nos ajudem a enfrentar o dia-a-dia da saúde, sem as amarras das segmentaridades duras, que nos ajudem a enfrentar o desafio da globalidade e da complexidade (MORIN, 2000a,b), a enfrentar os riscos constantes de erro e ilusão; saberes que nos levem a apreender os objetos em seu contexto, em sua complexidade, a preparar-nos para o inesperado, para enfrentar as incertezas, que nos ajude a ser capaz de lidar com a condição humana, respeitando as diferenças,

respeitando o direito do outro, respeitando a vida humana e o planeta (BOFF, 1999).

E fazer passar entre as linhas de segmentaridade dura um fluxo criativo, intensidades que permitam ao trabalhador devir-se em outros regimes para produzir cuidados e atenção aos usuários nesse entre. Devir-se solidário, devir-se ouvinte, devir-se delicadeza, devir-se ternura, devir-se firmeza, devir-se colo aconchegante, devir-se respeitador das diferenças, devir-se sorriso, devir-se alegria, devir-se tristeza, devir-se esperança, devir- fortaleza, devir-se gente que cuida de gente.

Algumas considerações finais: a viagem nunca termina. Há sempre novas paisagens a explorar.

Nem mesmo seu nome é conhecido:
Flores de capim
À beira de um riacho
Chiun³⁴

O acolhimento existe, e é possível explorar as linhas de fuga para produzir vida na saúde.

Embora os escritos até aqui tenham um tom mais pesado expressando as dores e sofrimentos de trabalhadores e usuários, não é só isso que vivemos. Quero ressaltar aqui que o acolhimento existe! E vivemos acolhimento, ao nos permitir levar por algumas linhas de fuga para a produção desta tese.

Foram vários os acolhimentos essenciais para a realização desta tese: os trabalhadores da unidade nos acolheram como supervisoras/pesquisadoras, acolheram a proposta de investigação e intervenção concomitantes, acolheram nossas dúvidas, ansiedades, ambigüidades, idéias confusas; acolheram os nossos gravadores, toda semana; acolheram e assumiram o papel de protagonistas da intervenção/investigação que virou tese. Acolheram o nosso desejo de experimentar algo novo, mesmo quando esse novo desencadeou (como ocorreu) conflitos e desconfortos, enfrentando-os corajosamente.

³⁴“Nota - No Brasil, quase todo vegetal é simplesmente ‘flor’ ou ‘mato’. No Japão de ontem e de hoje se conhece pelo nome uma infinidade de plantas e ervas. Se o nome é desconhecido é porque as flores são realmente ínfimas. Mas como todas as outras, também essas têm seu momento de brilho e cumprem o seu destino.” (FRANCHETTI, DOI, DANTAS, 1991, p. 101).

Mas, antes de qualquer coisa, o acolhimento de Silvana, nossa orientadora, em aceitar a proposta das duas teses num projeto conjunto, o referencial teórico-metodológico novo, especialmente na enfermagem e a escrita cartográfica, assumindo, em seu corpo, viver algo novo, inusitado, assumindo o risco conosco.

O acolhimento de Jorge, que aceitou nossa demanda de supervisão e todas as outras mais que não estavam explícitas no primeiro momento. Ajudou-nos a percorrer esses caminhos teóricos e práticos, do pensar, sentir e agir, caminhos instigantes, sofridos e cheios de aprenderes, de afetos e de criações.

O acolhimento de Cinira, ao aceitar-me como parceira na equipe de supervisão, suportando minhas inseguranças, maniazinhas obsessivas, meu ritmo de trabalho e muito mais.

O acolhimento é um processo que se aprende à medida que se vive. Acontece independentemente do local em que ocorre o encontro do trabalhador-usuário, trabalhador-trabalhador, mas precisa de tempo para que engendre máquinas desejantes. Máquinas produtoras de vida que façam frente ao movimento visível/invisível que nos impõe a reprodução social ao estilo da sociedade mundial de controle.

Aprendemos a acolher o tempo, o necessário para o processo de mudança, embora freqüentemente vemo-nos atravessados pela lógica do “tempo zero, distância zero”. É preciso dar tempo ao tempo, pois, o tempo cronológico é diferente do tempo da mudança, o tempo dos limiares dos fluxos, das intensidades, das diferenças que provocam estados inéditos em nós, para devir-nos outro.

Mas é preciso acolher a idéia da mudança como algo possível, mesmo que inicialmente o processo de supervisão/intervenção pareça aumentar os conflitos.

Essa disposição aquém e além da equipe foi e continua sendo essencial: ter um projeto, acreditar, dispor-se a solidarizar-se.

E o nosso grande desafio ao finalizar este trabalho é acolher o resultado do processo, no recorte feito para e pela tese. Desejávamos um

resultado positivo, de muitas mudanças implementadas (magicamente) e nos deparamos com processos de tomada de consciência, de ver-se e de rever-se, da auto-análise dos trabalhadores e de nós pesquisadoras. Um certo estado depressivo nos toma o corpo, mas, sem o contato com a nossa dor, não nos mobilizamos para a mudança.

A viagem nunca termina. Há sempre novas paisagens a explorar.

Vamos finalizar a viagem. Muitas lembranças, muitas marcas, aprendizados. Trocas intensas. Descobertas alegres. Dores imensas.

Experiência vivida como seres humanos, feita de paradoxos, do transparente e do opaco, o lógico e o ilógico, doce e amargo, que fala e que silencia, que salta e que paralisa, afaga e acolhe, que se abre e que se fecha. Somos plurais. Somos capazes de inventar, criar e re-inventar nossa história.

No percurso desta viagem vivemos uma história, que agora escrita se dispõe a re-invenções, a multiplicações, nesse processo sem fim de afetar-se e ser afetado.

Rompe-se assim o equilíbrio dessa nossa atual figura, tremem seus contornos (...) nos desestabiliza e nos coloca a exigência de criarmos um novo corpo - em nossa existência, em nosso modo de sentir, de pensar, de agir, etc. - que venha encarnar esse estado inédito que se fez em nós. E a cada vez que respondemos à exigência imposta por um desses estados, nos tornamos outros (ROLNIK, 1993, p. 242).

Tarde morna, poltrona recostada, corpo cansado pela intensidade das experiências vividas, alegria e satisfação por ter concluído a viagem planejada. Imagens vão passando lentamente.

Vila Tibério, Centro de Saúde Escola, prédio antigo, duas equipes.

Saúde da família, proposta nova.

Supervisão institucional, novos papéis.

Fluxograma analisador do processo de trabalho da unidade.

Querer saber com medo de se ver.

Dor de se ver produzindo exclusão dos usuários camuflada por critérios técnicos, clínicos, burocráticos, administrativos.

De não conseguir ser efetivo para afastar-se das próprias dificuldades de olhar para o usuário.

Dificuldade de sair da linha dura onipotência-impotência.

Estar em grupo. E *"que diabo de grupo é esse"*.

Algumas experiências de arriscar-se na explicitação do não saber, outras na cooperação para produção de cuidado com o outro.

Enfrentar a incerteza do que pode resultar uma ação.

Surpresa ao se deparar com as repercussões da escuta.

Desassossego.

"(...) pressão da violência das marcas que se fazem em nosso corpo ao acaso das composições que vão se tecendo" (ROLNIK, 1993, p. 244).

Nesta viagem privilegiamos algumas paisagens, a entrada — e nela, a agenda e a fila —, as visitas domiciliares, as discussões de casos e a parada.

Neste repasse de cenas vividas, outros afetos tomam forma. Olhar para o acolhimento do usuário, ou seja, para a relação trabalhador-usuário a partir do interior da unidade, das relações da equipe, da grupalidade, já não tem o mesmo sentido, de alguma forma até perde o sentido. Tem grande importância, é claro, pois quando a equipe se apóia, se solidariza mutuamente pode produzir cuidados mais efetivos e criativos e com menor desgaste. Mas só isso não parece suficiente. Reflexos da subjetividade contemporânea da instantaneidade? Talvez.

Entretanto velha paisagem se repete: a ausência do usuário-protagonista. Do usuário que protagoniza o seu próprio viver e a produção de seu cuidado junto com o trabalhador; do usuário que detém uma sabedoria, que é *expert* em algo que nós técnicos de saúde não somos — a ciência de viver a sua vida. Mas, abre-se novo sentido: investigar por quais caminhos os usuários e a população podem ajudar os trabalhadores a lidar com o não-saber, a lidar com o outro.

E mais uma nova paisagem: na escola do povo os alunos são os técnicos de saúde e o objeto de aprendizado, a vida.

A produção desses sentidos e sem sentidos decorrem das linhas de ação da diferença, que "enquanto fluxos intensivos e enquanto portadoras

de potências expressivas e interrogativas vivem num constante estado de experimentação” (ORLANDI, 2000, p. 59).

Propomos “pistas” para experimentação e multiplicação das cenas do viver na saúde, nas mais diferentes maneiras de lê-las, à moda dos místicos, hippies, crianças, marginais, feministas, negros, idosos, etc.

Não tem exigência nenhuma, não tem que começar por aqui, seguir por ali, entender os conceitos. Não... A idéia é que pegue uma parte com a qual você se conecta, que lhe inspire. Lhe inspire, porque você entendeu - a conversa que teve com o namorado, a discussão que teve com o chefe, ou seja, use à vontade (BAREMBLITT, 199-?, p. 9).

Pistas no sentido das “Pistas para uma esquizoanálise - os oito princípios” de Guattari (1981), as quais Barembritt (199-?) re-nomeia “Oito proposições descartáveis para a esquizoanálise” comentando:

regras que seriam essenciais, mas explica que são descartáveis, no sentido de que cada um pode tomar a que quiser, pode deixar as outras, pode inventar uma nona, uma décima. Isso não tem o menor problema, de maneira que não se exige obediência alguma (p.8).

Pistas administrativas:

Ter sistema de regras e normas definidos, claros e objetivos do funcionamento do serviço e de mecanismos de decisão sobre os casos que fugirem às regras (ex: regionalização, horários de atendimento, funcionamento da agenda).

Divulgá-las entre os trabalhadores e usuários.

Voltar os processos administrativos para priorização da produção de cuidados e não a priorização de processos burocráticos, de registros de informação desnecessários ou duplicados.

Definir instâncias para tratar de assuntos administrativos para que estes não atravessem os atendimentos, as discussões clínicas e outras atividades desenvolvidas.

Considerar os interesses do estabelecimento (assistenciais, prestígio social, produção de conhecimentos, recuperação do corpo do trabalhador e outros mais) ao decidir liberação de trabalhadores para cursos, congressos, férias e outra saídas.

Providenciar condições físicas adequadas, com conforto, mas principalmente privacidade.

Instituir espaços coletivos de trabalho que favoreçam as trocas de experiências, conhecimento, desconhecimentos e afetos.

Pistas pedagógicas (BOFF, 1997):

Compaixão. Assumir perante o outro atitude de igualdade, “sem paternalismo, que rebaixa. Mas sem excluir a ‘paternidade’ que afirma” (BOFF, 1997, p. 25).

Amorosidade. Agir com cordialidade e ternura. Ter afeição pelo que faz.

Bondade. “atrair e transformar pela bondade. Não pela violência” (BOFF, 1997, p. 26) e nem por pieguismo, por ser o coitadinho.

Confiança no valor do outro. Valorizar as potencialidades do usuário, suas capacidades reprimidas de saber sobre si, de cuidar-se, de ser cidadão.

Paciência. Trabalhar em saúde é desgastante, os resultados quase não aparecem, demoram mais do que gostaríamos. Temos que persistir, com paciência.

Serenidade. Ter paz no coração e tranquilidade para enfrentar as dificuldades, os obstáculos, as dores e sofrimentos desse caminhar nômade pela vida.

Pistas metodológicas (BOFF, 1997):

Convivência. Romper a distância criada pela instituição dos *experts*. Ir a campo, estar no meio, na comunidade, nas ruas, nos becos, nas surpresas dos cortiços: começo.

Acolhida. Acolher quando somos procurados. “Ser acessível. Receber bem. Com educação. Gentileza” (BOFF, 1997, p. 27).

“Pedagogia da pele”. Um gesto, um toque, a mão estendida, um abraço expressam mais que palavras. Deixar-se afetar, sentir, viver o encontro.

Escuta. Voltar a atenção para ouvir o usuário, demonstrando consideração e respeito. Sem pressa.

Solidarizar-se. Nos momentos de dor, perda, frustrações pelos limites, dificuldades de aceitar o estado de saúde, estar junto, fortalecer a rede de relações de ajuda.

Encorajar e valorizar os progressos, mesmo que mínimos. Nos momentos de desânimo, estimular, manter acesa a chama dos esforços para vencer as dificuldades e os problemas, valorizando todos os movimentos em busca de alegria e da vida.

Alívio imediato ao sofrimento. Diante da dor, da urgência, atender. Nossa obrigação profissional. Nosso dever moral e social.

Reciprocidade. Estabelecer relação sujeito a sujeito. Experimentar o enriquecimento mútuo a partir das diferenças.

Desenvolver o senso de cidadania e do exercício da política. Trabalhar pela conscientização política de usuários e de trabalhadores na perspectiva do direito à saúde, ao acesso aos serviços de saúde. Engendrar uma máquina de guerra contra a opressão e repressão impostas pelos interesses do capital.

Cuidar. Voltar-se para a produção de cuidados aos usuários no lugar da produção de procedimentos técnicos, quantificáveis, remuneráveis.

Experimentar. Arriscar-se a viver o novo para aprender com a experiência.

Instrumentalizar-se. Compor a caixa de ferramentas com as tecnologias duras, leve-duras e leves necessárias para a produção e gestão do cuidado (MERHY, 2002).

Trabalhar em equipe, potencializando a capacidade de acolher e cuidar.

Inventar e criar. Arriscar-se por caminhos novos do fazer saúde, orientando-se pela liberação da vida onde estiver aprisionada.

Pistas éticas:

Respeitar ao outro e seus .

Respeitar os próprios limites.

Manter sigilo das informações.

Não se deixar levar por preconceitos.

Não excluir.

Pistas são indícios, detalhes de pouco destaque, quase imperceptíveis, mas que fazem a diferença no modo de nos relacionarmos com os usuários. Relaciono essas pistas como alguns caminhos abertos a exploração. Essas e outras tantas que podem levar a muitos lugares.

Foram escritas a partir das marcas que se fizeram no caminhar, que nos levam para o invisível, que as palavras tentam tornar palpáveis.

A escrita atualiza as marcas e as coloca em estado de proliferação que extrapola os limites do texto, e assim, convido o leitor a acrescentar outras pistas ou seguir a trilha de algumas delas. E nessa viagem desenhar o seu mapa, com as suas marcas, compartilhar sua cartografia e as surpresas das paisagens que encontrar pelo caminho.

ANEXO A

Termo de Consentimento Livre e Informado para as Atividades Coletivas

Prezado(a)Sr(a): _____
Endereço: _____

Estamos desenvolvendo a pesquisa ***O acolhimento na perspectiva da relação trabalhador-usuário: aprendendo com o outro***. Este projeto será realizado com objetivo de testar instrumentos que promovam reflexão dos trabalhadores de saúde da rede pública em relação a seu trabalho, a qualidade do atendimento prestado e a necessidade de mudanças na forma de produzir os atendimentos dos usuários, de forma a reconhecer a necessidade de reorganizar algumas condutas pela equipe multiprofissional frente às necessidades dos usuários, gerando melhoria da saúde.

Assim, gostaríamos de contar com sua participação no desenvolvimento das atividades em grupo que serão realizadas com os trabalhadores da unidade do Centro de Saúde Escola da Vila Tibério.

Sua colaboração será muito importante para a realização deste projeto. As informações e opiniões emitidas por você não causarão nenhum dano, risco ou ônus à sua pessoa e serão tratadas anonimamente no conjunto dos demais participantes. Esclarecemos que em qualquer momento da realização da pesquisa, caso não seja de seu interesse a continuidade na participação, haverá possibilidade de retirar este consentimento.

Caso haja sua permissão, as atividades em grupo serão gravadas em fitas eletromagnéticas e registradas por escrito em cadernos para este fim, sendo que, após a análise dos conteúdos, os mesmos serão destruídos.

Agradecemos sua colaboração e nos colocamos à disposição para qualquer informação que você julgar necessária.

Atenciosamente.

Drª Silvana Martins Mishima

Profª Drª do Departamento de Enfermagem
Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto – USP
Telefone para contato: (16) 602-3429
Orientadora

Silvia Matumoto

Pós-graduanda junto ao Programa de
Enfermagem em Saúde Pública da Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto – USP
Telefone para contato: (16) 602-3429
Pesquisadora do projeto

Eu _____, aceito
participar das atividades coletivas do projeto de pesquisa ***O acolhimento na perspectiva da relação trabalhador-usuário: aprendendo com o outro***, em data e local marcados antecipadamente, e estou ciente de que estas atividades serão gravadas e anotadas, tendo seus resultados tratados sigilosamente. Caso queira desistir de participar da investigação, tenho liberdade de retirar este consentimento.

_____, _____ de _____ de 2002.

Assinatura

ANEXO B

Universidade de São Paulo
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
CENTRO DE SAÚDE ESCOLA
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS
Telefone PABX: (016) 633-2331 / 4480 - FAX: (016) 633-2331
Rua Terezina, 690 - CEP 14055-370 - Ribeirão Preto - SP

Of. Nº 273/02/COORD.CEP/CSE-FMRP-USP.22.06.02.

Senhora Professora,

Temos a grata satisfação de comunicar que, o projeto de pesquisa abaixo especificado, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 10ª reunião ordinária, realizada em 18 de junho de 2002, e considerado **APROVADO**.

Protocolo: Nº. 0027/CEP-CSE-FMRP-USP.

Projeto: *“O Acolhimento na perspectiva da relação trabalhador-usuário: aprendendo com o outro. Um dispositivo de mudança?”.*

Pesquisadores: Profª. Drª. Silvana Martins Mishima (orientadora)

Silvia Matumoto (orientanda).

Lembramos que em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado a este CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados.

Sendo o que tínhamos a tratar, despedimo-nos.

Atenciosamente,

Profº. Dr. Antonio Ribeiro Franco
Coordenador do CEP/ CSE-FMRP-USP.

Ilma Sra.
Profª.Dra. Silvana Martins Mishima
Departamento de Enfermagem Materno
Infantil e Saúde Pública da Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da USP.

ANEXO C

A VISÃO DO MUNDO

A tarefa mais importante da Ciência é explicar o mundo (sic)

Atendendo a um simpático pedido de Cinira e Sílvia transcrevo uma observação livre acerca de dois pôsteres que possuo na minha sala de trabalho, no Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto: um deles, um quebra-cabeça de 3.000 peças, já armado e colado num fundo preto é uma reprodução do mapa-múndi holandês de Guiljelmo Blaeu, *Nova Totius Terrarum Orbis Geographica Ac Hydrographica Tabula*, de 1631. A parte central é ocupada pelo mapa-múndi, morfologicamente muito parecido com um atual, principalmente na representação da Europa, Ásia, África e América do Sul. Todavia este belo trabalho nos revela muito mais do que o mundo como era conhecido àquela época: ele é emoldurado superiormente por 7 elipses que contém diferentes tipos de carruagens representando os astros móveis conhecidos, chamados de *Luna, Mercurius, Venus, Sol, Mars, Iupiter, Saturnus*. Inferiormente, outras 7 elipses com desenhos representando as maravilhas do "mundo antigo", chamadas de *Murus Baylonial, Colossus, Pyramides, Mausoleum, Dianae Templus, Iupiter Olimpicus, Pharos*. À margem vertical esquerda temos os *Quatour Elementa*, representados por quatro figuras femininas: *Ignts, Aer, Aqua, Terra*; à margem vertical direita os *Quatour Anni Tempestates*, representados por quatro figuras masculinas: *Ver, Aestas, Autumnus, Hyems*. Surpreende, também, pela exatidão na demarcação das linhas do equador e dos trópicos de Câncer e de Capricórnio que dividem o mundo em zonas *torrida, temperata e frígida*. A divisão leste-oeste é uma linha vertical que passa pelo meio do mapa-múndi, por cima de Natal (RN), identificada como grau 0 e uma divisão em escala à esquerda e direita até 180 graus em cada sentido, numa geografia que centrada no equilíbrio do desenho e não na convenção política (Greenwich, UK).

Entretanto a beleza maior do quadro é a composição final do geógrafo-artesão como visão de mundo. O mapa-múndi é a somatória de dezenas de mapas e traçados - obtidos por centenas de navegadores, exploradores, ao longo de séculos - compondo a totalidade geográfica (e hidrográfica) como conhecida até aquela época; no pôster há, portanto, um quebra-cabeça dentro de outro quebra-cabeça - mais antigo. A esta obra agregou elementos que compunham a compreensão do mundo - além da sua composição geográfica - provenientes da história, da física e da astronomia, inserindo-os numa obra cartográfica representando uma totalidade - a visão de mundo - que só pode ser apreendida intelectualmente.

O segundo pôster foi adquirido no Museu da NASA (Smithsonian Institute, Washington D.C) e foi editado em 1976; contém 35 fotografias da

Terra tiradas por um satélite estacionário 22.300 milhas acima da foz do rio Amazonas. É nítida a visão, entre nuvens, do Brasil, e o contorno norte da América do Sul e da América Central. Estas fotos foram feitas automaticamente por uma máquina fotográfica programada pelo engenho humano em um período de apenas 12 horas, registrando a variação da iluminação da superfície terrestre conforme a rotação da terra. A iluminação crescente/decrescente sobre a superfície nos dá a ilusão de uma Terra nascente, crescente, cheia, minguante e poente - lembrando uma espécie de quebra-cabeça. Dada a época da sua execução - meados de novembro - vemos o hemisfério norte menos iluminado do que o hemisfério sul. Como visão do mundo, representa uma época, também, onde nossa perspectiva de compreensão está fortemente alicerçada na tecnologia condicionando nossas idéias.

A comparação entre os dois pôsteres é inevitável: a visão "antiga" e a visão "moderna" do mundo; para mim o mais importante é considerar que daqui a algumas décadas ambos pôsteres serão vistos como representações - ou perspectivas - ultrapassadas, da visão do mundo.

Juan S. Yazlle Rocha, Novembro, 2003

***Nova Totius Terrarum Orbis Geographica Ac Hydrographica Tabula* Guiljelmo Blaeu, 1631 (40x54cm)**

Referências Bibliográficas

AGUIAR, K. Movimentos sociais: armadilhas e escapes na sociedade de controle. In: SILVA, A. E.; NEVES, C. A. B.; RAUTER, C. et al. **SaúdeLoucura 6**: Subjetividade, questões contemporâneas. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 92-99.

ANDRADE, V. **Eis**. Ribeirão Preto: edição do autor, 1993.

ARAGON, L. E. P. A espessura do encontro. In: **Interface - comunicação, saúde, educação**, v.7, n.12, p.11-22, fev. 2003.

ARDUINI, J. **Antropologia**: ousar para reinventar a humanidade. São Paulo: Paulus, 2002. 175p.

AUGRAS, M. Psicanálise e pais-de-santo: coisa de demanda. **Arq. Bras. Psicol.**, v.38, n.3, p.101-108, jul.-set. 1986.

BAREMBLITT, G. (Coord.). **Simpósio Internacional de Psicanálise, grupos e instituições, Rio de Janeiro, outubro de 1982**: o inconsciente institucional. Petrópolis: Vozes, 1984. 168p.

BAREMBLITT, G. Apresentação do movimento institucionalista. In: LANCETTI, A.; CESARINO, A. C.; YASUI, S. et al. **SaúdeLoucura 1**. São Paulo: Hucitec, 1989. p. 109-119.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**: teoria e prática. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos, 1996. 235p.

BAREMBLITT, G. A clínica como ela é. Dez pontos para uma apresentação. In: BAREMBLITT, G.; BAGGIO, M. A.; SAIDON, O. et al. **SaúdeLoucura 5**: A clínica como ela é. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 5-10.

BAREMBLITT, G. **Introdução à esquizoanálise**. Belo Horizonte: Biblioteca do Instituto Félix Guattari, 1998. 123p.

BAREMBLITT, G. **Introdução à teoria e técnica do esquizodrama**. Belo Horizonte, 199-?. Mimeografado.

BAREMBLITT, G. **Transdisciplinaridade e equipes transdisciplinares**. S.L., 200-?. Mimeografado.

BARROS, R. B. **Grupo**: afirmação de um simulacro? 1994. 340f. Tese (Doutorado). São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 1994a.

BARROS, R. B. Grupo e produção. In: LANCETTI, A.; BAREMBLITT, G.; CASTEL, R. et al. **SaúdeLoucura 4**: Grupos e coletivos. São Paulo, Hucitec, 1994b. p. 145-154.

BARROS, R. B. Dispositivos em ação: o grupo. In: SILVA, A. E.; NEVES, C.

A. B.; RAUTER, C. et al. **SaúdeLoucura 6**: Subjetividade, questões contemporâneas. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 183-191.

BICHUETTI, J. **Crisevida** - Outras lembranças. Belo Horizonte: Biblioteca do Instituto Felix Guattari, 2000. 176p.

BICHUETTI, J. **PSF e Sociedade Mundial de Controle**: por uma prática transversal de inclusão, cidadania e solidariedade. Uberaba, 2003. Mimeografado.

BLEGER, J. **Temas de Psicologia**: entrevistas e grupos. Trad. Rita Maria M. de Moraes. São Paulo: Martins Fontes, 1995. 113p.

BOFF, C. **Como trabalhar com os excluídos**. São Paulo: Paulinas, 1997. 119p.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano - compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999. 199p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Recursos Humanos. **Supervisão em serviços básicos de saúde**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1982.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Organização de Serviços de Saúde. **Guia de supervisão em estabelecimentos de saúde**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de agentes comunitários de saúde - PACS**. Brasília, 1998b. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/pacs.htm>. Acesso em: 16/06/1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS**. Caminhos para educação permanente em saúde. Polos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRIENZA, A. M.; BORSATTO, P. L.; FRANCESCHINI, T. R. C. et al. O Sociodrama subsidiando reflexões da família no planejamento familiar: oportunidade para humanização da assistência. CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 7, 29 de julho a 2 de agosto de 2003, **Anais**. Brasília, 2003a.

BRIENZA, A. M.; FRANCESCHINI, T. R. C.; FABRO, A. L. D. et al. Apoiando adultos e equipes na busca da promoção de Saúde e mudança de modelo

assistencial: um relato de experiência. CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 7, 29 de julho a 2 de agosto de 2003, **Anais**. Brasília, 2003b.

BRIENZA, A. M.; FRANCESCHINI, T. R. C.; GOBBO, J. et al. Análise de uma experiência com Acolhimento do Recém Nascido pela Enfermagem no Bairro de Vila Tibério: organizando e planejando o nosso trabalho. SEMANA DE ENFERMAGEM e GRANDE PRÊMIO DE ENFERMAGEM DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO, 2, 12 a 16 de Março de 2003, **Anais**. Ribeirão Preto, 2003c.

BRIENZA, A. M.; PONTES, M. M. A.; BORSATTO, P. L. et al. Analisando elementos que podem refletir na organização de uma campanha preventiva: reflexões de uma equipe. CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 7, 29 de julho a 2 de agosto de 2003, **Anais**. Brasília, 2003d.

BUENO, W. S.; MERHY, E. E. Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? Conferência Nacional de Saúde On-Line, uma proposta em construção. **Anais eletrônicos**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/NOB96crit.htm>. Acesso em: 06/04/98.

CAMARGO JR, K. R. (Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica. **PHYSIS - Rev Saúde Coletiva**, v.2, n.1, p.203-228, 1992.

CAMPOS, G. W. S. **A saúde pública em defesa da vida**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1994a. 175p.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994b. p. 29-87.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Trad. Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas e Luiz Octávio Ferreira Barreto Leite. 3ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990. 307p.

CAPITANINI, H. L. B. **Pequeno dicionário de jargões populares**. Ribeirão Preto, 2003. Mimeografado.

CHAUÍ, M. **Brasil**. Mito fundador e sociedade autoritária. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2001. 103p.

CIAMPONE, M.H.T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa de saúde da família. **Rev. Bras. Enfermagem**, v.53, n.

especial, p. 143-147, dez. 2000.

COHEN, M. M. Programa Médico de Família de Niterói (RJ): uma alternativa urbana do Programa Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v.26, n.61, p.186-197, mai.-ago. 2002.

CORALINA, C. **Meu livro de cordel**. 10ª ed. São Paulo: Global, 2002. 112p.

DAMATTA, R. **A casa & a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Rocco, 2000. 163p.

DELEUZE, G. **Conversações**. Trad. Peter Pál Pelbart. São Paulo: Ed. 34, 1992. 226p.

DELEUZE, G. **Crítica e clínica**. Trad. Peter Pál Pelbart. São Paulo: Ed. 34, 1997. 171p.

DELEUZE, G. **Espinosa: filosofia prática**. Trad. Daniel Lins e Fabien Pascal Lins. São Paulo: Escuta, 2002. 144p.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs: Capitalismo e esquizofrenia**, v.3. Trad. Aurélio Guerra Neto. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1999. 120p.

DELEUZE, G.; PARNET, C. **Diálogos**. Trad. Eloisa Araújo Ribeiro. São Paulo: Editora Escuta, 1998. 179p.

DIP, P. No meio da vida. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 20 de junho de 2002. Folha Equilíbrio.

A ESPECIALIZAÇÃO dificulta médico familiar. Eficácia depende de currículo. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 29 de agosto de 1999. Folha Ribeirão, Caderno 4, p. 3.

FIGUEIREDO JUNIOR, M. M. Quando se vai um que estava sob nosso cuidado. **Interface - comunicação, saúde, educação**, p. 183-188, ago. 2001.

FORTUNA, C. M. **O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades**. Em busca do desejo, do devir e de singularidades. 1999. 236f. Dissertação (Mestrado). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 1999.

FORTUNA, C. M. **Cuidando de quem cuida** – Notas cartográficas de uma intervenção institucional em prol da montagem de uma equipe de saúde como engenhoca mutante para produção da vida. 2003. 197f. Tese (Doutorado). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 2003.

FRANCHETTI, P.; DOI, E. T.; DANTAS, L. **Haikai**. 2ª ed. Campinas: Editora da UNICAMP, 1991. 241p.

FRANCISCO, A. L. **Instituições e dispositivos institucionais**. Processos de subjetivação e seus efeitos. 2000. 118f. Tese (Doutorado). São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde**: o caso de Betim (MG). Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/inovador/betim.htm>. Acesso em: 05/05/98.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **PSF**: contradições e novos desafios. Conferência Nacional de Saúde On-Line. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>. Acesso em: 24/08/1999.

FREIRE, M. O que é um grupo? In: GROSSI, E. P.; BORDIN J. (Orgs.) **Paixão de aprender**. Petrópolis: Vozes, 1993. p.59-68.

FURTADO, J. P. **A avaliação como dispositivo**. 2001. 282f. Tese (Doutorado). Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. 2001.

GUATTARI, F. **Revolução molecular**: pulsações políticas do desejo. São Paulo: Brasiliense, 1981. p. 88-105.

GUATTARI, F. Linguagem, consciência e sociedade. In: GUATTARI, F.; DELEUZE, G.; FUGANTI, L. A. et al. **SaúdeLoucura 2**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 3-17.

GUATTARI, F. Disponível em: <http://www.geocities.com/soho/veranda/6386/esquizoanalise.htm>. Acesso em: 20/08/2002.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: Cartografias do desejo. 5ª ed. Petrópolis: Vozes, 1999. 327p.

GUIMÓN, J. **Introdução às terapias de grupo**. Teorias, técnicas e programas. Lisboa: CLIMEPSI EDITORES, 2002. p.153-162.

HELLER, A. Da satisfação numa sociedade insatisfeita I. In: HELLER, A; FEHÉR, F. **A condição política pós-moderna**. Trad. Marcos Santarrita. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1998. p.27-48.

LANCETTI, A. Clínica grupal com psicóticos. A grupalidade que os especialistas não entendem. In: LANCETTI, A.; BAREMBLITT, G.; CASTEL, R. et al. **SaúdeLoucura 4**: Grupos e coletivos. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 155-171.

MACHADO, R. **Ciência e saber**: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault. Rio de Janeiro: Graal, 1981. 218p.

MALTA, D. C.; FERREIRA, L. M.; REIS, A. T. et al. Acolhimento: uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada. In: REIS, A. T.; CAMPOS, C. R.; MALTA, D. C. et al. (Orgs.) **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998. p.121-142.

MANIGOT, M. La funcion del coordinador: su razon de ser en el grupo. **Rev Temas de Psicologia Social**: Ediciones Cinco, n.9, p. 155-168, 1987.

MARTÍN, E. I. Apuntes para una psicología social de los equipos (de salud mental). In: BAULEO, A.; DURO, J. C.; VIGNALE, R. **La concepción operativa de grupo**. Madrid: Asociacion Española de Neuropsiquiatria, 1990. p. 191-221.

MASCARENHAS, M. T. M.; ALMEIDA, C. O Programa Médico de Família de Niterói (PMFN): uma agenda para reflexão. **Saúde em Debate**, v.26. n.60, p.82-102, jan.-abr. 2002.

MATUMOTO, S. **O acolhimento**: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde. 1998. 225f. Dissertação (Mestrado). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 1998.

MATUMOTO, S. **Haikais grupais**. Ribeirão Preto, 2003. Mimeografado.

MATUMOTO, S.; FORTUNA, C. M.; MISHIMA, S. M. et al. Enfrentando a produção de cuidados no programa de saúde da família: uma experiência de supervisão de equipes. CONGRESSO NACIONAL DA REDE UNIDA, 5; FÓRUM NACIONAL DE REDES EM SAÚDE, 1 e MOSTRA PARANAENSE DE PRODUÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA, 2, maio de 2003, Londrina. 2003.

MATUS, C. **Política, planejamento & governo**. Tomo 1. Brasília: IPEA, 1993. 292p.

MELMAN, J. **Repensando o cuidado em relação aos familiares de pacientes com transtorno mental**. 1998. 212f. Dissertação (Mestrado). São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. 1998.

MENDES, E. V. **“A crônica de uma morte anunciada” ou nascimento, paixão, morte e ressurreição do INAMPS**. Brasília, 1993. Mimeografado.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996. 300p.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MERHY, E. E. **Reflexões sobre as tecnologias não materiais em saúde e a reestruturação produtiva do setor**: um estudo sobre a micropolítica do

trabalho vivo. 2000. 227f. Tese (Livre-docência). Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas. 2000.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002. 189p.

MERHY, E. E.; CHAKKOUR, M.; STÉFANO, E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde. A informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 113-150.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor? **Saúde em Debate**, v.26, n.60, p.118-122, jan.-abr. 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7ª ed. São Paulo: Hucitec, 2000. 269p.

MISHIMA, S. M.; ALMEIDA, M. C. P.; MATUMOTO, S. et al. A classificação internacional para a prática de enfermagem em saúde coletiva no Brasil - CIPESEC - apresentando o cenário de pesquisa do município de Ribeirão Preto - São Paulo. In: CHIANCA, T. C. M., ANTUNES, M. J. M. (Orgs.). **A classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva**: CIPESEC. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 1999. p. 204-244.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. Trad. Eloá Jacobina. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000a. 128p.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 2ª ed. Trad. Catarina Eleonora F. da Silva e Jeanne Sawaya. São Paulo: Cortez, 2000b. 118p.

NAFFAH NETO, A. **Outr'em-mim**: ensaios, crônicas, entrevistas. São Paulo: Plexus Editora, 1998. 141p.

NANCY, J. L. Dobra deleuzeana do pensamento. In: **Gilles Deleuze**: uma vida filosófica. Trad. Ana Lúcia de Oliveira. São Paulo: Ed. 34, 2000. p. 111-117.

ORLANDI, L. B. Linhas de ação da diferença. In: **Gilles Deleuze**: uma vida filosófica. Trad. Ana Lúcia de Oliveira. São Paulo: Ed. 34, 2000. p.49-63.

OSORIO, L. C. Como supervisionamos em grupoterapia. In: ZIMERMAN, D. E.; OSORIO, L. C.; WAINBERG, A.K. et. al. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p.83-92.

PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, v.35, n.3, p. 303-311, 2001.

PELBART, P. P. **A nau do tempo-rei**: 7 ensaios sobre o tempo da loucura. Rio de Janeiro: Imago, 1993. 127p.

PELBART, P. P. **A vertigem por um fio**: políticas da subjetividade contemporânea. São Paulo: Fapesp/Illuminuras, 2000. 222p.

PEREIRA, M. J. B. **O trabalho da enfermeira no serviço de assistência domiciliar** - potência para (re) construção da prática de saúde e de enfermagem. 2001. 256f. Tese (Doutorado). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 2001.

PESSOA, F. **Livro do desassossego**: composto por Bernardo Soares, ajudante de guarda-livros na cidade de Lisboa. São Paulo: Companhia das Letras, 1999. 534p.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 1994. 181p.

PITTA, A. **Hospital**: dor e morte como ofício. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 1994. 198p.

PITTA, A. A equação humana no cuidado à doença: o doente, seu cuidador e as organizações de saúde. **Saúde & Sociedade**, v.5, n.2, p. 35-60, 1996.

QUEIROZ, M. I. P. O coronelismo numa interpretação sociológica. In: FAUSTO, B. (Org.). **História Geral da Civilização Brasileira**. São Paulo: Difel, 1977. v.8, p. 153-190.

QUIROGA, A. P. **Enfoques y perspectivas en psicología social**. Buenos Aires: Ediciones Cinco, 1994.

RIBEIRO, R. J. O trote como sintoma: a dor de lidar com a dor alheia. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.5, p. 153-160, ago. 1999.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental da América**. Produção do desejo na era da cultura industrial. 1987. 188f. Tese (Doutorado). São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 1987.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. São Paulo: Estação Liberdade, 1989. 304p.

ROLNIK, S. Pensamento, corpo e devir. Uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. **Cadernos de subjetividade**, v.1, n.2, p. 241-251, 1993.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. Trad. Marcos Fernandes da Silva Moreira e José Ruben de Alcântara Bonfim. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1994. 400p.

SÁ, M. C. Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.1, p.151-164, 2001.

SABIÁ. **Poemas**. Ribeirão Preto, 1985. Mimeografado.

SCHRAIBER, L. B. (Org.). **Programação em saúde hoje**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1993. 243p.

SILVA JUNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde**: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998. 143p.

TEIXEIRA, R. R. Agenciamentos tecnosemiológicos e produção de subjetividade: contribuição para o debate sobre a trans-formação do sujeito na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.1, p. 49-61, 2001.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 7ª ed. São Paulo: Cortez, 1996. 108p.

THIOLLENT, M. **Pesquisa-ação nas organizações**. São Paulo: Atlas, 1997. 164p.

TOLSTOI, L. **A morte de Ivan Ilitch e senhores e servos**. Trad. Marques Rebelo. Rio de Janeiro: Tecnoprint, 19-?.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**. A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1994. 175p.

UNGLERT, C. V. S. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, E. V. (Org.). **Distrito sanitário**. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1994. p.221-235.

VIEIRA, E. M.; FABBRO, A. L. D.; FRANCESCHINI, T. R. C. et al. Classification of Families According to their Needs; a Strategy for Managing Health Inequalities. WORLD CONGRESS OF FAMILY DOCTORS, 16, **Proceedings....**Durban, África do Sul, 2001.

VIRILIO, P. **Velocidade e política**. Trad. Celso M. Paciornik. 2ª ed. São Paulo: Estação Liberdade, 1996. 139p.

Na capa desta tese vê-se uma das metade do mapa que compõe um quadro da sala do Professor Juan Y. Rocha, do Departamento de Medicina Social da FMRP. A outra metade é vista na tese de Cinira Magali Fortuna.

Escolhemos esta figura pela semelhança da representação do quadro com a elaboração de nossas teses. Esta, *Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na Saúde em transformação: um ensaio cartográfico do acolhimento*, e a de Cinira — *Cuidando de quem cuida — Notas cartográficas de uma intervenção institucional na montagem de uma equipe como engenhoca mutante para produção da vida*.

Teses são elaborações de conhecimentos, visões de mundo, que se renovam, se transmutam em outras.

O mapa representado no quadro foi elaborado a partir de valorosas cartografias, traçadas em diferentes momentos históricos, por pessoas, muitas delas, que nunca se encontraram, mas que, permitiram sua construção.

Nossas teses se articulam e se atravessam. São, uma e outra, imanentes entre si. Se encaixam como as peças de um quebra-cabeças, compondo novas visões. O quadro de Juan é também um quebra-cabeça, montado por sua família.

Nossas teses foram produzidas com a equipe de uma unidade de saúde — exploradores e navegadores que foram montando seu próprio quebra-cabeça, e nós os nossos.

Assim, convido-os a apreciarem o texto produzido pelo Professor Juan, que se encontra como anexo desta tese, e também completarem o mapa com as figuras de capa das duas teses.