UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

CUIDANDO DE QUEM CUIDA

Notas cartográficas de uma intervenção institucional
na montagem de uma equipe de saúde como
engenhoca-mutante para produção da vida

Cinira Magali Fortuna

Ribeirão Preto
2003

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

CUIDANDO DE QUEM CUIDA

Notas cartográficas de uma intervenção institucional na
montagem de uma equipe de saúde como engenhoca-
mutante para produção da vida

Cinira Magali Fortuna

Ribeirão Preto

2003

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

CUIDANDO DE QUEM CUIDA

Notas cartográficas de uma intervenção institucional na
montagem de uma equipe de saúde como engenhoca
mutante para produção da vida

Tese de doutorado em Enfermagem de Saúde
Pública do Departamento de Enfermagem
Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade
de São Paulo.

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

Aluna: Cinira Magali Fortuna
Orientadora: Prof^a Dr^a Silvana Martins Mishima

Ribeirão Preto

2003

FICHA CATALOGRÁFICA

Fortuna, Cinira Magali

Cuidando de quem cuida – Notas cartográficas de uma intervenção institucional na montagem de uma equipe de saúde como engenhoca mutante para a produção da vida. Ribeirão Preto, 2003.

197p. : 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.Trabalho de equipe. 2.Processo de trabalho em Saúde. 3.Cartografia. 4. Saúde da Família

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: _____

Agradecimentos:

Registro aqui agradecimentos especiais à algumas vidas, na verdade, agradeço a própria vida que me encontra através de todo ser vivo. Agradecimentos se escrevem como poemas e como disse o Sabiá (1985):

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.

Súbita visita de gestos calados, refeitos, de primeira luz: os agradecimentos desenham-se como rede de n fios que gemem cegos e errantes para encontrar-te em sangue, corpo, cor e ação. Obrigada! Vento-lento, vida e pão...

Agradeço à meus queridos pais: Domingos e Iracema, pela dedicação, paciência, pela família que pude viver e aprender. Ultimamente tenho aprendido sobre meus limites e onipotência com relação a vida conjunta deles. Por mim haveria um feliz casal se cuidando e se curtindo depois de tanto terem cuidado dos filhos, mas só posso torcer pela felicidade de cada

um e dizer-lhes do tamanho amor que sempre vi entre eles e que me sustentam ainda hoje. Nesse amor eu os agradeço!

Aos meus queridos irmãos: Paulo, Domingos, Ciro, Elias, Eliseu: cada um me remete a tantas lembranças e afetos. Vivendo, pude acompanhar o permanente crescimento de cada um e me surpreendendo vou acompanhando-os em cada passo e descompasso.

Ao meu companheiro de amor, de luta, de sonho, de viagens, de delírios...Obrigada, Carlos, te amo muito e te agradeço por cada momento que vivo ao teu lado.

Aos meus queridos sobrinhos: crianças que fazem me reencontrar criança: Raul, Marcelle e Déborah, travessuras e gostosuras!

Às minhas cunhadas: Rosangela, Léo e Mônica, companheiras de alegrias, e de tristezas em família.

Às minhas doces e falecidas irmãs: Damares e Márcia que ainda “mortas” tanto me afetam. Elas se foram breve! Quanta saudade! Uma, em meu imaginário, guardava em si todo meu lado bom, a outra todo meu lado ruim. Agora me vejo obrigada a me re-encontrar em bondade e maldade comigo mesma, e ver a beleza e humanidade de ambas. Quanto ficou a ser dito e vivido, ainda sonho conversas de irmãs com vocês!

Para o Pedro e Bel, filhos do Carlos; eu estranho adolescências tão comportadas, tão carinhosos!

À Gracinha, minha cunhada que deixou a beira-mar para ficar mais próxima da mãe, e com isso nos aproximamos e me acompanhou vivendo e vibrando com cada passo dessa pesquisa: transcreveu as fitas, se emocionou acompanhando cada momento meu e da equipe, leu, curtiu, torceu, vibrou! Muito obrigada, minha amiga! Também agradeço ao Cristian, carinhoso e brincalhão.

À Dona Angelina, mãe do Carlos, senhora em afetividade que me ensina que as mães mesmo precisando de cuidados encontram forças e motivos para cuidar dos filhos: olhos de amêndoas a suavizar tudo por onde repousa.

À Nídea, Terezinha e Tijo, Lucila, Luís e Zuleica, com seus filhos, sobrinhos e netos que me recebem receptivos em todos os nossos encontros: laços de doce inclusão.

À Silvaninha, minha querida e paciente orientadora, que desde o meu mestrado tem me incentivado a ousar. Estranhou o que eu propunha como trabalho de pesquisa, e encorajou-me a seguir por todo o desconhecido, estive ao lado, nem sob, nem sub, muito com. Se fez na minha vida uma linda presença solidária.

À Silvia Matumoto, amiga, com quem compartilhei disciplinas do doutorado, aprendizados, coordenações de grupos, a produção dessa tese, as viagens para Minas em supervisão, em passeios, outras análises e intervenções institucionais, estive ao meu lado nas horas de dor: dor de cirurgia, dor de ver morrer uma irmã. Como agradecer isso?

Ao companheiro Sabiá, que por ser muito criativo e amoroso, tantas vezes acompanhou-nos (eu e Silvia) em viagens e poesias. Foi conosco nas viagens de pesquisar, escrever, delirar...

À minha amiga Zezé (Bistafa Pereira), que estive ao meu lado nos meus passos e compassos de luto e de luta. Às vezes tenho-a visto sofrer e não consigo ajudar, sofro por isso, e na minha onipotência me perco, me irrita e quando vejo a gente se ataca, briga, se estranha. Ainda bem que nossos vínculos são bem fortes e suportam esses repuxos. Outro dia estava pensando: Zezé é minha amiga mesmo e queria muito vê-la mais contente, mais leve, menos preocupada com os outros, comigo inclusive, mais cuidadosa com ela própria. Mas aí penso que talvez ela tenha escolhido a solidariedade como caminho, a luta constante como labuta, o próximo como razão. Com Zezé me aproximo do Paulão, Thiago e Paulinha: ternuras em expansão.

Ao Jorge Bichueti, Amizade mineira, co-compositor dessa pesquisa, companheiro com quem tanto tenho aprendido. Apresentou-me Deleuze e Guattari e a esquizoanálise não como verdades, mas de um jeito simples e estimulante, e me acolheu, me cuidou, me encantou...

Ao amigo Pierre, pela prontidão gentil, pelo silente acompanhar das nossas viagens às Gerais.

Aos trabalhadores de saúde da Unidade onde aconteceu esse estudo, eles me fizeram me ver e me rever. Cuidando deles fui cuidada, aprendi a aprender. Não posso nominá-los para não identifica-los, mas os chamo em meu pensamento um a um e me uno a vocês em um confidente e fraterno abraço.

Aos trabalhadores do Prodaf e NadeF onde faço parte de uma equipe de saúde com a Ana Paula, Ana Helena, Beth, Suzana, Márcia, Cristiane, Dodô, Cris Tristão, Vinícios, Rosa, Silvia Vilela, Silvinha, Lucas, Claudia, Luciana, Cecília, Regina, Ingrid, Bia e Roberta. Juntos trabalhamos com a diferença: crianças e adultos com fissura lábio-palatal, deficiência auditiva, atraso de desenvolvimento, e com seqüelas que carecem de fisioterapia. Por vezes “não damos conta” de incluir plenamente. As diferenças dos usuários nos mostram as nossas, suas fissuras nossas fissuras, suas dificuldades as nossas.

Aos meus queridos amigos: Márcia e Nélío pela vontade e luta de ver uma nova saúde em curso. Também pelo amor que compartilham com as famílias que cuidam, muito obrigada!

À Malu, Massato e Yudi! Companheiros meus das mais distintas horas: de trabalho, cerveja, de brinquedos, de viagens, de cachoeiras, de beijadas, de computador travado, enfim, parceiros de muita vida.

Aos trabalhadores da SMS-RP: Márcia Guerreiro, Renata Belize, Lis, Denis, Malú, Marina, Carmem, Marta Maria, Nélío, Maria Tereza (Tetê), Suzi, Atílio, Eliana, Maria Luiza (Malú do pec), Maria Alice, Carmem, Bia, Carla, André, Gustavo, Angela, Rosangela, João Vitor, Janice, Lílian, Mônica, Marcelo, colegas da vigilância epidemiológica e das divisões: tantos nomes que deixo de especificar... Parceiros de “nível central”!!! Convido-os para juntos tomarmos por desafio: o “desmonte” da referência “central”; árvore a ser rizomada!!!

Aos trabalhadores do Núcleo 5: Sandra, Luciana, Dulcélia, Márcia, Margarida, Juliana, Elisandra, Marta, Reni, Vera, Amaury e Silvana, com os quais muito tenho aprendido sobre as equipes em processo de construção: de um certo modo todos estão também nesse estudo. Em especial, ultimamente, tenho apreendido nessa equipe sobre o peso do trabalho em saúde e sobre a leveza que pode se desenhar se a diferença puder fluir e passar...

À minha querida terapeuta Maria Célia Reinaldo Kato, que me ajudou nos momentos de intensa dor a ver a diferença entre produção de vida e de morte. “Apresentou-me” a labirintos que sem ela jamais ousaria adentrar: a finitude, a passagem, o partir, a falta ...

À Vera e Suzana, amigas pichonianas, que me lembram em cada conversa e encontro que viver é permitir-se uma estrutura em permanente desestruturação-estruturação.

À Xila, profa Maria Auxiliadora Campos, que trilha as veredas da psicanálise numa paciente espera do aprendizado do outro, nela o meu aprender a esperar ativo.

À Conceição, Toyoko, Adriana, Silvia, Zezé e Valquíria; companheiras do grupo de estudos da vida através da psicanálise. Juntas vamos aprendendo muito sobre nós mesmas e em particular sobre “o mal estar da civilização”: nossos atualizados “mal estares”.

À todos os trabalhadores da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, em especial: a Adriana, Andréia, Olânia, Augusto, Sr José, Cidinha, Lourdes e Deolinda pela atenção, dedicação e competência.

Aos professores do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública: em especial à Cecília Puntel, Graça, Zezé, Semiramis, Pedro, Tite, Déborah, Iranilde e Silvana, por todos os incentivos para aprender, buscar, ousar...

Aos professores da filosofia: Leda Thifoni e Antonio Andrade, que me apresentaram as possibilidades incríveis de olhar para os grupos, para o drama, para as falas, e para os discursos: caleidoscópios coloridos a inventar, inverter e embelezar.

Ao professor Merhy que vem se fazendo interlocutor passageiro de muitos trabalhadores de saúde, que como eu, almejam ver os serviços em produção de cuidados. Ele nos “dirige” de um modo intrigante, desafiador e cigano que pude compreender melhor nessa produção de encontros: eco-encontros, sonoros e gostosos encontros. À você e Mina, obrigada!!!

Aos docentes do curso de enfermagem e parceiros da Universidade de Ribeirão Preto, em especial, aos discentes da graduação. Com vocês reinvento meu projeto de ajudar na formação (em espera ativa), contribuindo para construção de enfermeiros como trabalhadores sociais.

À profa Maria Helena Pessini de Oliveira, pela confiança e apoio na minha primeira experiência de docente da graduação.

À Vitar e Sr Mário, companheiros de momentos de dificuldades e alegrias: a casa, o cuidado, a reforma... a vida em permanente refazenda.

Aos amigos Bove, Marion, Oscar e Sonia, Yukio e Aldê, Edna e Edmilsa: pela expansão da Luz, da vida e do amor. Obrigada!!

Ao Osmany, Cidinha e a todos do coral Arco-Íris: o canto faz da alma a expansão das cores encobertas nas luzes, quanta saudade!!!

Ao Dr Juan Stuarto Yaslle Rocha, que de um jeito solícito e amigo escreveu o texto que explica a capa do presente estudo: cartografia em quebra-cabeças de milhares de contribuições e colaborações. Assim também é a vida (teia em agradecimentos), mapeá-la e nominá-la em poemas e gestos parece que acalma a alma.

Sumário

<i>Resumo</i>	
<i>Abstract</i>	
<i>Resumén</i>	
<i>Apresentação</i>	I
1 Construindo a temática e o Objeto de Estudo.....	01
1.1.As equipes de saúde, a análise e intervenção institucional: o objeto de estudo.....	02
1.2. Análise de implicação na produção do estudo.....	18
1.3.Definindo o contexto da pesquisa: A crise da Saúde e os propostas para mudança do modelo assistencial: O Programa de Saúde da Família.....	28
1.4. O Programa de Saúde da Família e a Sociedade Mundial de Controle...	39
1.5. A saúde em crise; a crise das equipes-A equipe flexneriana e a equipe corpo-passagem.....	44
1.6. Reflexões sobre o trabalhador/usuário de serviços de atenção básica: ferramentas e matéria-prima do trabalho em saúde.....	50
1.7. Estratégias dos trabalhadores para prosseguir sobrevivendo ao se deparar com as impossibilidades de realização da equipe totalizante e que dá conta sempre- A equipe resistência.....	56
1.8. Objetivos.....	59
2 O Caminho Metodológico: A Cartografia	60
2.1 O Caminho Metodológico - A Cartografia- Cada caminhante faz seus caminhos e descaminhos e os caminhos são ilimitados e mutantes caminhos.....	61
2.2 Caracterizando o local do estudo: preparando a embarcação: latitude, longitude, marés.....	63
2.3 A criação do texto.....	64
2.4 Como se procedeu a análise?.....	66
2.5. Então qual o método?.....	69
3 Território Agenda - Um território diverso, adverso, verso e reticulado.....	71
3 A Agenda -Um território diverso, adverso, verso e reticulado.....	72
3.1. Os trabalhadores se agendam para fazer o fluxograma analisador.....	73
3.2. Interfaces de agendas: esbarrões de espaços/tempos, trabalhadores e usuários.....	81
3.3.Agenda, território e área de abrangência: outros esbarrões.....	86
3.4.Agenda e controle- Agenda e sedução.....	98
3.5. Concluindo e reabrindo.....	105
4 Território Paranóia.....	108
4.1 O início dos trabalhos: a supervisão é paranóia.....	113
4.2 O trabalho é a paranóia.....	122
4.3.O não-saber e o território paranóia: O não saber e a potência para aprender.....	130

4.4. A dor da briga: <i>Paranóia é fabrica de bode expiatório</i>	134
4.5. <i>Paranóia: a formação é insuficiente-A carta dos residentes persegue a equipe</i>	141
4.6. <i>Carta aos trabalhadores de saúde</i>	150
5 Território Aprenderes	157
5.1. <i>Ensaio sobre os aprenderes da equipe sobre si, sobre a vida e sobre o trabalho</i>	159
5.2. <i>Aprenderes: O agente pode transversalizar e mutar a equipe</i>	173
5.3. <i>Dos aprenderes da equipe de coordenação (zonas de cegueira e de sobrecodificação) o importante papel do supervisor das supervisoras</i>	177
5.4 <i>Confissões, confusões, “conclusões”</i>	178
Anexos	188
Referências Bibliográficas	193

Resumo:

FORTUNA, C.M. **Cuidando de quem cuida** – Notas cartográficas de uma intervenção institucional na montagem de uma equipe de saúde como engenhoca-mutante para produção da vida. Tese (Doutorado). 2003. 197f. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Essa é uma pesquisa cartográfica que conta a análise e intervenção institucional produzida com trabalhadores de saúde de uma Unidade Básica do município de Ribeirão Preto que também possui trabalhadores do Programa de Saúde da Família. É um convite para uma viagem que chama o leitor para distintos devires, multiplicando sentidos, buscando os “entres” e as “entrelinhas”. Se propõe a delimitar as linhas em produção molares, moleculares e de fuga, os “marcos” acerca do trabalho produzido na Unidade e também da produção da equipe de saúde nesse cotidiano. O referencial teórico metodológico utilizado se apóia em autores institucionalistas, especialmente, da linha esquizoanalítica. O método é o da bricolagem onde diversos objetos, idéias, fragmentos de texto de autores de diferentes orientações teóricas são colocados ao lado sem a pretensão da permanência ou da totalidade: é uma performance com ritmos, cores e intensidades produzidos no ato de pesquisar/intervir. A análise/intervenção tem por norte a produção da auto-análise e da auto-gestão, os trabalhadores produzindo análises acerca de seu trabalho e de suas vidas, gerindo seus próprios processos e construindo suas respostas. A análise intervenção iniciou-se com o pedido dos trabalhadores para ajudá-los em suas relações pois não estavam se “entendendo” desde a chegada da equipe de Saúde da Família na Unidade. Realizamos encontros grupais semanalmente, ora no período da manhã ora a tarde, para facilitar a participação voluntária dos trabalhadores. Os encontros grupais foram gravados, transcritos e analisados. O trabalho de equipe é definido como uma máquina a ser montada desmontando referências da totalização e da equipe-grande-família, raspando superfícies de registro e controle. A equipe é uma mistura que não funde, inclusão plena da diferença, um emaranhado de instituições definidas conforme Baremlitt (1994) como conjunto de regras e normas, ditas e não ditas que regulam os comportamentos das pessoas. A tese que defendemos é a de que a equipe precisa ser construída como uma engenhoca mutante onde ocorrem articulações de saberes e fazeres para a produção de cuidados diferentes para os usuários e para as famílias, pois que suas necessidades são diferentes. Daí a terminologia engenhoca mutante: uma permanente produção e que pode ser agenciada pela supervisão externa: um cuidar de quem cuida. Construímos três territórios de análise: Agenda, Paranóia e Aprenderes. Em cada território buscamos demarcações, ares, levezas, pesares, afetos... Agenda traz o modo como os trabalhadores se relacionam entre si e com a população para incluir ou excluir os usuários do serviço. O imprevisto do trabalho em saúde faz os trabalhadores procurarem as certezas, as lógicas instituídas do número de vaga por trabalhador médico, e produz diversos contornos e delineamentos no trabalho. Paranóia desenha as relações dos trabalhadores, traz momentos de resistência à mudança e de crise da equipe. Aprenderes conflui as possibilidades de transversalizar a equipe pelo seu encontro com o trabalhador agente comunitário de saúde, alguns aprendizados da própria equipe sobre si e sobre o trabalho e da equipe de análise e intervenção.

Palavras-chave: Trabalho de equipe, processo de trabalho em saúde, cartografia, Saúde da Família.

Abstract:

FORTUNA, C.M. **Taking care of who cares** – Cartographic notes of an institutional intervention in health care team building as a changing device for life production. Tese (Doutorado). 2003. 197f. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

This is a cartographic research presenting institutional analysis and intervention produced with health professionals at a Basic Health Care Unit in the city of Ribeirão Preto, where there also are Family Health Care Program professionals. It is an invitation for taking the reader to a different future, multiplying senses, searching for "line" and "between-the-line" meaning. It attempts to outline molar, molecular, and escape production, "landmarks" surrounding the work produced within the unit and health care team production as to such routine. The methodological theoretical reference used is based on institutionalist writers, especially the schizoanalytical line. The method is bricolage, where a number of objects, ideas, text passages from writers with different theoretical guidance are placed together with no permanence or totality purpose: it is a performance with rhythm, color, and intensity produced upon researching/intervening. The analysis/intervention aims at producing self-analysis and self-management, professionals analyzing their work and lives, creating their own processes, and building their own responses. The analysis/intervention started as professionals asked for help with their relationships as they were not "getting along well" since the Family Health Care team arrived at the Unit. We has weekly team meetings, mornings and afternoons, in order to facilitate professional volunteer participation. Team meetings were recorded, transcribed, and analyzed. Team work is defined as a machine to be mounted unmounting totalization and large-team-family references, scraping record and control surfaces. The team is a mixture that does not blend, complete inclusion of difference, a net of institutions defines, according to Barembliitt (1994), as a set of said and unsaid rules and regulations that regulate people behavior. The thesis we advocate is that the team needs to be built as a changing device where know`s and do`s articulation takes place for different care production for users and families as they have different needs. The changing device term: a permanent production that may be managed through external supervision - taking care of who cares. We have built three analysis territories: Agenda, Paranoia, and Learning. We search for boundaries, atmospheres, lightness, pain, affection for each territory... Agenda brings the way professional relationships are among themselves and the population for including or excluding users to/from service. Health work unexpectation make professionals look for certainties, logic in the number of positions for medical professional, and it also provides several work outlines and standards. Paranoia outlines professional relationship, provides resistance to modification, and team crises. Learning brings team transversal possibilities through meeting health care community agents, team learning about itself, the work, and the analysis/intervention team.

Key-words: Team work, health care work process, cartography, Family Health Care.

Resumen

FORTUNA, C. M. **Cuidando de quien Cuida** – Notas cartográficas de una intervención institucional en el montaje de un equipo de salud como engeñoca-mutante para producción de la vida. Tese (Doutorado). 2003. 197f. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Esa es una pesquisa cartográfica que cuenta el análisis e intervención institucional producida con trabajadores de salud de una Unidad Básica de la provincia de Ribeirão Preto que también posee trabajadores del programa de Salud de la Familia. Es una invitación a un viaje que llama al lector para distintos devenires, multiplicando sentidos, buscando los “entres” y las “entrelíneas”. Se propone a delimitar las líneas en producción molares, moleculares y de fuga, los “marcos” acerca del trabajo producido en la unidad y también de la producción del equipo de salud en ese cotidiano. El referencial teórico metodológico utilizado se apoya en autores institucionalistas, especialmente, de la línea esquizoanalítica. El método es el del bricolaje donde diversos objetos, ideas, fragmentos de texto de autores de diferentes orientaciones teóricas son colocados al lado sin la pretensión de la permanencia o de la totalidad: Es una performance con ritmos, colores e intensidades producidas en el acto de pesquisar /intervenir. El análisis /intervención tiene por norte la producción del auto-análisis y de la auto-gestión, los trabajadores produciendo análisis acerca de su trabajo y de sus vidas, geriendo sus propios procesos y construyendo sus respuestas. El análisis/intervención se inició con el pedido de los trabajadores para ayudarlos en sus relaciones, pues no estaban entendiéndose desde la llegada del equipo de salud de la familia en la unidad. Realizamos encuentros grupales semanalmente una vez por la mañana, ora por la tarde, para facilitar la participación voluntaria de los trabajadores. Los encuentros grupales fueron grabados, transcritos y analizados. El trabajo de equipo es definido como una máquina a ser montada, desmontando referencias de la totalización y del equipo-grande-familia, raspando superficies de registro y control. El equipo es una mezcla que no funde, inclusión plena de la diferencia, un enredado de instituciones definidas conforme Barembliitt (1994) como conjuntos de reglas y normas, dichas y no dichas que regulan los comportamientos de las personas. La tesis que defendemos es la de que el equipo necesita ser construido como una engeñoca mutante donde ocurren articulaciones de saberes y haceres para la producción de cuidados diferentes para los usuarios y para las familias, pues, sus necesidades son diferentes. Construimos tres territorios de análisis: Agenda, Paranoia y Aprenderes. En cada territorio buscamos demarcaciones, aires, livianos, pesares, afectos... Agenda trae el modo como los trabajadores se relacionan entre si y con la población para incluir y excluir los usuarios del servicio. El imprevisto del trabajo en salud hace los trabajadores buscaren las seguridades, las lógicas instituidas del número de vacaciones por trabajador médico, y produce diversos contornos y delineamientos en el trabajo. Paranoia diseña las relaciones de los trabajadores, trae momentos de resistencia al cambio y de crisis del equipo. Aprenderes confluye a las posibilidades de transversalizar el equipo por su encuentro con el trabajador agente comunitario de la salud, algunos aprendizajes del equipo sobre si y sobre el trabajo y del equipo de análisis e intervención.

Palabras-claves: Trabajo en equipo, proceso de trabajo en salud, cartografía, salud de la familia

Apresentação

Apresentação

Essa é uma pesquisa cartográfica que marca alguns pontos de uma vivência de análise conjunta com trabalhadores de saúde. Utilizamos ferramentas com o propósito de possibilitar que os mesmos olhassem para o que produzem, como produzem, como se produzem trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde que conta também com trabalhadores do Programa de Saúde da Família.

Para sua realização contou com apoio e financiamento da FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo), fazendo parte do projeto: “O trabalho de enfermagem em atenção primária na organização dos serviços locais de saúde”.

Cartografar não é desenhar uma realidade como num mapa, a cartografia é uma produção de sentidos que se faz à medida que se produzem outros sentidos, relato provisório de uma viagem, viagem de intervir/pesquisar. (ROLNIK, 1989)

O eixo norteador do estudo é o desafio de estabelecer com os trabalhadores envolvidos marcas, territórios, processualidades de produção do trabalho e das subjetividades: interrogar a produção.

O texto é produto de roubo¹ das idéias de diversos autores e também das muitas conversas com trabalhadores de saúde. Idéias mescladas, digeridas, alteradas desde o modo como me afetaram, ressoaram: proposta baseada no referencial esquizoanalítico de Deleuze e Guattari.

Em diversos momentos, portanto, estarão sendo trazidas referências bibliográficas, mas sem compromissos estritos com a reprodução fidedigna das idéias dos autores. Releitura, passagem, introdução, marcos para uma viagem cartográfica, imersão para escrever uma tese que na instituição

¹ Roubo é uma terminologia da esquizoanálise que se refere ao tomar termos, conceitos e definições de diversas linhas de pensamento norteadas pela premissa do funcionamento na ação e na desconstrução de preconceitos frente a diferentes correntes epistemológicas. “Encontrar é achar, é capturar, é roubar, mas não há método para achar, nada além de uma longa preparação. Roubar é o contrário de plagiar, de copiar, de imitar ou de fazer como”.(DELEUZE; PARNET, 1998, p.15)

ensino é invenção estritamente pessoal, no modo deleuzeano de ser é provisoriedade, devir, virtualidade...

Hegemonicamente as teses são propostas de autoria pessoais, inovações do conhecimento, conhecimento ainda marcado pelo positivismo, que busca comprovações e verdades. Na instituição escola as teses precisam ser defendidas, são posições postas à prova e que guardam a capacidade de reprodução em momentos posteriores quando se seguem os mesmos passos do autor.

Não é assim que concebo o presente estudo. Ele não se propõe à capacidade de ser reproduzido ou a comprovações, é um trajeto para ser reinventado por cada viajante-leitor. Trata-se de uma performance, com ritmos, sons, harmonia, ressonância, consonância, ora musicalidade ora barulho, conectado a outros fluxos de escrita e de afetos:

Finalmente, não cabem separações, porque Deleuze e Guattari dizem que todo texto ou discurso é pura performance, quer dizer, pura pragmática, que importa apenas por como afeta e como é afetado.[...] Cada um dos recursos desses saberes e trabalhos ressoam entre si, nos espaços de realidade. (BAREMBLITT, 2003, p. 40)

Nessa viagem há uma arrumação provisória de situações, conceitos, significados como numa bricolagem. Segundo Baremblytt (199-?) bricolagens são arranjos de selvagens numa clareira da mata utilizando-se de diferentes objetos escolhidos a esmo: paus, folhas, flores, cascas, penas, dejetos e etc, que juntos são colocados ao lado com o descompromisso com permanência, com a admiração e com a eternidade. É arte passageira que tem por critério de belo a junção de elementos aparentemente desconexos.

De partida essa é uma produção de muitos, de diversas subjetividades, caldo de reflexões que por vezes teimava em não querer se materializar em escritos, talvez porque se recusassem à captura da escrita, ou se recusassem como eu, a se deparar com as confusões, com as confissões, com a censura, com a formatação das palavras e das páginas, com as conclusões inconclusas...

Pretendo afetar os leitores desses escritos e me afetar com eles, aqueles que na maioria imagino serem, como eu, trabalhadores de saúde

que sofrem e que se realizam num trabalho especial. Trabalhar na saúde revisa nosso modo de ser e viver, nos reinaugura no instante em que nos coloca em contato com o modo de ser e de viver do outro: é que eles (os usuários) nos mostram pelas suas, as nossas dores.

O texto-tese foi escrito em processos de ver e se rever, e se fez exercício de escrever sem um saber encaixe sobrecodificador. Por tarefa o ver e se rever para afetar e ser afetado e spinozamente produzir vida, com a vida e pela vida...

Do dever e “obrigação” para o viver, do viver múltiplo para o devir escrita... vamos? O convite é para uma viagem através da leitura de registros criados em forma de marcações, referências de uma paisagem mutante, contornos de um território múltiplo - um emaranhado amorfo que se atualiza no trabalho em saúde: seus trabalhadores em movimento, suas equipes em processualidade.

Antes de prosseguir é preciso contar que, como cartógrafa, não parti para essa viagem sem amarras e temores, que no caminho fui deixando coisas que pesavam por demais e que na viagem se mostraram obstáculos: sua revisão me fizeram devir diferente.

Construindo a temática e definindo o objeto de estudo

1.1 As equipes de saúde, a análise e intervenção institucional: o objeto de estudo:

Caminhante, vamos empreender uma viagem por veredas da saúde, mais especificamente pelas práticas de saúde em atenção básica. Nossos olhares, interrogações, estranhamento e demais sentidos se abrirão e fecharão ante as relações dos trabalhadores de saúde: formulações de equipe.

Os trabalhadores que encontraremos estão implicados numa produção (a produção em saúde) cujo sentido é o de deixar a vida se esparramar como raízes rizomas², por todos os lados e pelo simples prazer de criar e viver. Por vezes, no entanto, a produção em saúde se formula árvore e raiz, estrangida pelo terreno, ordenada, e fragmentada.

Trabalhadores em processos de relação fazendo-se em instituições ao mesmo tempo que as fabricam.

Instituições são composições: normas que compõem regularidades das relações. Nas instituições se movimentam forças instituintes e instituídas e linhas se entrecruzam.

A sociedade é uma rede, um tecido de instituições.[...]
[...] As instituições são lógicas, são árvores de composições lógicas que, segundo a forma e o grau de formalização que adotem, podem ser leis, podem ser normas e, quando não estão enunciadas de maneira manifesta, podem ser pautas, regularidades de comportamentos (BAREMBLITT, 1994 p. 27)

Instituintes são forças que criam ou modificam as instituições: "São forças produtivas de códigos institucionais" (BAREMBLITT, 1994, p. 32). Instituídos se referem aos resultados das forças instituintes.

O instituinte aparece como processo, enquanto o instituído como um resultado. O instituinte transmite uma característica dinâmica;

² Os rizomas são um tipo específico de vegetal no qual não se tem uma separação nítida entre as suas células, andam e se reproduzem por todos os lados. As árvores já se fazem um noutro universo dentre os vegetais nos quais temos muitas das nossas referências: crescem para cima, tem um tronco, que sustenta copa e raízes. As árvores são filhas de sementes, sementes que já contém a árvore antes. Os rizomas derivam, nem forma prévia e nem caminho traçado antes: apenas rizomam.(DELEUZE; GUATTARI, 2000).

o instituído transmite uma característica estática congelada. Então, é evidente que o instituído cumpre um papel histórico importante, porque as leis criadas, as normas constituídas ou as pautas, os padrões vigoram para regular atividades sociais, essenciais à vida em sociedade. Mas acontece que essa vida é um processo essencialmente cambiante, mutativo; então, para que os instituídos sejam úteis, sejam funcionais na vida social, eles tem de estar acompanhando a transformação da vida social mesma para produzir cada vez mais novos instituídos que sejam apropriados aos novos estados sociais. (BAREMBLITT, 1994 p. 32-33)

Na saúde, a reforma sanitária brasileira foi fruto de forças instituintes, que já estão constituídas como Sistema Único de Saúde, nele operam novas forças instituintes que por sua vez ficarão constituídas. Um processo dinâmico que possibilita mapear nas instituições, estabelecimentos e organizações os movimentos que não cessam.

As instituições se materializam nas organizações e nos estabelecimentos. Uma Secretaria Municipal de Saúde é uma organização que coloca em atualização a instituição saúde, e também outras: exército, escola, etc. As organizações possuem estabelecimentos e equipamentos: as Unidades de saúde são estabelecimentos e neles estão diferentes equipamentos: os móveis, aparelhos, etc.

Barembritt (1994) discute o movimento institucionalista apresentando uma aproximação a algumas vertentes e apontando algumas diferenças entre elas³.

Para uma das vertentes da análise institucional, a esquizoanálise, nas instituições, organizações e estabelecimentos muitas linhas não cessam de passar, e cartografar é mapear provisoriamente as passagens dessas linhas.

³ O movimento institucionalista possui distintas escolas, segundo Barembritt (1989) [...] porque o institucionalismo não é uma teoria, mas muitas, e o que elas tem em comum são as características das quais falamos, às quais podemos acrescentar uma crítica do conceito de verdade e, em segundo lugar, o problema do Poder – seja dos micro e macropoderes – do poder econômico, político, seja do poder como uma questão do domínio ou da capacidade de fazer. O institucionalismo se interessa pela questão do Desejo, da intervenção de forças inconscientes em todas as atividades humanas, e não apenas na questão da saúde; onde quer que a subjetividade tenha participação, o institucionalismo está preocupado em desvendá-la; interessa-se pela questão do inconsciente postulando a existência de muitos inconscientes e a impossibilidade de universalizá-lo, totalizá-lo e sobretudo torná-lo de domínio de uma teoria só. (p. 114).

O que chamamos de um “mapa”, ou mesmo um “diagrama”, é um conjunto de linhas funcionando ao mesmo tempo (as linhas da mão formam um mapa). Com efeito, há tipos de linha muito diferentes, na arte, mas também numa sociedade, numa pessoa. Há linhas que representam alguma coisa, e outras que são abstratas. Há linhas dimensionais e linhas direcionais. Há linhas de segmentos, e outras sem segmento. Há linhas dimensionais e linhas direcionais (DELEUZE, 1992, p. 47)

Em diálogos de Deleuze e Parnet (1998), os autores afirmam que somos feitos de linhas e essas são de natureza diversa. As de segmentaridade dura (plano molar), são as que se referem aos segmentos dos quais passamos de um para o outro: da família — a profissão; do trabalho — às férias; da fábrica — à aposentadoria.

São características das linhas de segmentaridade dura: o funcionamento binário, os poderes que fixam códigos de territórios e a formação de sujeitos sobrecodificados, com códigos e significados que carregam à priori, como por exemplo: os homens agem e sentem de um modo, as mulheres de outro, um racional o outro sentimental. É característica das linhas de segmentaridade dura o modo de significar binário, um modo de estar no mundo que carece multiplicar: homem/mulher, rico/pobre, preto/branco, saúde/doença etc.

As linhas de segmentaridade bem mais flexíveis (no plano molecular), que fazem pequenos desvios, delineam quedas ou impulsos, são como quanta de energia que precipitam.

As linhas de segmentaridade molecular podem se fundir com as linhas de segmentaridade dura, fazendo das duas linhas sobrepostas agora uma linha.

As linhas de fuga são as que passam por limiares, rumando ao desconhecido, vão para o não previsível e para o não pré-existente. As linhas de fuga são fissuras.

Pode-se definir os tipos de linha; daí não se pode concluir que esta é boa e aquela ruim. Não se pode dizer que as linhas de fuga sejam forçosamente criadoras; que os espaços lisos sejam melhores que os segmentarizados ou os estriados: como mostra Virílio, o submarino nuclear reconstitui um espaço liso a serviço da guerra e do terror. Numa cartografia, pode-se apenas marcar caminhos e movimentos, com coeficientes de sorte e de perigo. É o que chamamos de “esquizoanálise”, essa análise de linhas, dos espaços, dos devires (DELEUZE, 1998, p. 48)

Andar por linhas exigirá do viajante um certo malabarismo, pender para um lado e em seguida para o outro, buscando trilhar o “entre”, o provisório, a passagem.

Os planos molares e moleculares na esquizoanálise se referem a ordens de organização do real. No plano molar se circunscreve o macro, o instituído, a superfície de registro e controle. Molar é a reprodução, a regularidade.

No plano molecular estão os elementos que compõe a superfície de produção, os fluxos de “esquizias”, de potência para desterritorialização, para o novo.

Desterritorializar como “quebra do chão conhecido”, perda de referências que estão instituídas e fazem da realidade uma superfície “denominada”, conhecida, familiar, unívoca, plana e monofônica que são próprias dos planos molares. Territorialidade é conjunto de referências instituídas. Em processo a territorialidade, desterritorialidade e reterritorialidade.

Com a produção de desterritorialidade, novas superfícies podem se compor, mas também a reterritorialização pode se fazer no conhecido: reprodução do instituído.

As linhas de fuga metamorfoseiam as entidades molares no plano molecular, as transmutam pela “quebra”.

Por tudo o que dissemos até aqui, é até desnecessário frisar que o macro e micro, aqui, não tem absolutamente nada haver com “grande”- a sociedade, o Estado... o todo – e o “pequeno”- o individual, o intra-individual, o grupal... a parte, a unidade. Não se trata de uma diferença de grau, mas de natureza. Não se trata de uma diferença de tamanho, escala ou dimensão, mas de duas espécies radicalmente diferentes de lógica (ROLNIK, 1989, p.59).

Macro e micro são entrelaçamento de linhas: macropolítica é o plano de conclusão da linha de segmentaridade dura, plano dos territórios com traçados previsíveis, arborizações de raiz, tronco e galhos. Micropolítica é o plano gerado pela linha de segmentaridade mais flexível, em que a imprevisibilidade, a multiplicidade, e os rizomas tecem o novo improvável.

Ainda sobre os três tipos de linhas vejamos a síntese de Deleuze e Guattari (1999):

Há pelo menos três delas: de segmentaridade dura e bem talhada, de segmentaridade molecular e em seguida a linha abstrata, a linha de fuga, não menos mortal, não menos viva. Na primeira há muitas falas e conversações, questões ou respostas, intermináveis explicações, esclarecimentos; a segunda é feita de silêncios, de alusões, de subentendidos rápidos, que se oferecem à interpretação. Mas se a terceira fulgura, se a linha de fuga é como um trem em marcha, é porque nela se salta linearmente, pode-se enfim falar aí “literalmente”, de qualquer coisa, talo de erva, catástrofe ou sensação, em uma aceitação tranqüila do que acontece em que nada pode mais valer por outra coisa. Entretanto, as três linhas não param de se misturar (p. 70).

Nesse momento da leitura/escrita o conceituar das linhas, instituições, organizações, etc, são passagens de linhas de segmentaridade dura. Permita-se percorrer também os subentendidos, as entre-linhas, as linhas mais flexíveis e derivem-se em sentidos, desviando da permanência dos conceitos; lembre-se que viajamos, e para isso é preciso devir-se nômade.

O nômade se distingue do viajante “turista”. Esses andam pelo conhecido e previamente traçado pelas empresas turísticas, voltam para seus pontos de partida com data marcada. Não queremos os pacotes prontos de viagens!

Com óculos de sol e máquina fotográfica no pescoço, os turistas passam pelos territórios já escolhidos pelos guias. Para conhecer uma localidade é preciso andar com o povo e do modo como o povo anda: a pé, de ônibus, charrete, e atenção!, é preciso conversar, prosear bastante!! Andar onde os pés levar, o devir-se nômade no território das equipes de saúde requer devir-experimentar, se afetar, afetar.

As instituições e os trabalhadores se entrecortam em linhas que desenham territórios, as vezes atentando contra àquilo que é seu sentido de existência, no caso da saúde a vida: vida dos trabalhadores e vida dos usuários.

Estamos nos infiltrando como nômades em territórios da instituição saúde. Como uma instituição, a saúde propõe pautas de regularidades, o dito, o prescrito, o proscrito. A partir dela define-se o “normal e o patológico”.

Fabricação de condutas e prescrições para um viver saudável. Normal e normas, reflexões que nos chegam por Canguilhem (2002).

Portanto o normal é ao mesmo tempo, a extensão e a exibição da norma.[...] Uma norma , uma regra, é aquilo que serve para retificar, pôr de pé, endireitar. “Normar”, normalizar, é impor uma exigência a uma existência, a um dado, cuja variedade e disparidade se apresentam, em relação à exigência, como um indeterminado hostil, mais ainda do que estranho (p. 211).

Nos estabelecimentos de saúde, consertar a desordem para restabelecer a normalidade, normatizar o corpo, os hábitos, padronizar modos de subjetivação. E a mutação? Na instituição saúde é aberração, fugiu do esperado. Para a esquizoanálise⁴ é romper a seqüência, agir do acaso.

Esquizoanálise: Instituições e análises — duas fabricações humanas, uma decantando a outra e buscando desmanchamentos — tarefa da análise institucional.

Análise institucional é o método que visa elucidar as relações reais e não somente jurídicas ou puramente subjetivas que mantemos com as normas instituídas; a maneira pela qual indivíduos se põem ou não de acordo a fim de participar ou de dar adesão a estas normas, assim como as formas singulares de organização que surgem e desaparecem [...]

Uma outra particularidade da Análise institucional vem a ser o fato dela operar sobre situações concretas na prática social. A análise é pois uma intervenção em grupos limitados tais como organizações, instituições (no sentido tradicional do termo), organismos, coletividades. Ela tenta mostrar que, em toda situação, a ação das Instituições ausentes/presentes, isto é, ação simbólica, é uma variável importante (ENSAIO...,1973,p.8).

A análise institucional possui distintas correntes com um ponto em comum que é a produção de coletivos capazes da auto-gestão e da auto-análise (BAREMBLITT, 1994).

Vivemos um avanço tecnológico intenso nos últimos anos, o que foi produzindo profissionais e intelectuais detentores de saberes acerca do funcionamento social. “Experts” sobre os mais variados assuntos relativos a vida são chamados para explicar, intervir, com práticas que reproduzem os saberes e as forças dominantes do Estado e da riqueza social:

⁴ Esquizoanálise é uma vertente do movimento institucionalista, um certo modo de fazer análise institucional que explicarei logo mais no texto.

Essa situação em que os “sábios”, os conhecedores da estrutura e do processo da vida social estão predominantemente a serviço do Estado e das empresas, tem tido como consequência que os povos – em sentido amplo, a sociedade civil – têm-se visto despossuídos de um saber que tinham acumulado através de muitos anos acerca de sua própria vida, de seu próprio funcionamento (BAREMBLITT, 1994, p. 15)

Esses saberes vão sendo expropriados dos coletivos, ficando os mesmos dependentes dos “experts”. As diferentes escolas do movimento institucionalista pretendem produzir auto-análise para produzir nova reapropriação dos seus saberes pelos coletivos.

Auto-gestão é um processo simultâneo ao da auto-análise, pois à medida que os coletivos produzem saberes acerca de si, constroem saídas e se organizam para buscas de suas próprias alternativas e solução de seus problemas.

Costuma-se crer que os processos autogestivos implicam falta completa de denominações, hierarquias, quadros, especificidades etc. Na realidade, é difícil pensar qualquer processo organizativo que não inclua uma certa divisão do trabalho – os processos são muito complexos – que não implique uma certa hierarquia de decisão, de deliberação. Esses são funcionamentos inerentes a qualquer processo produtivo. Mas vejam bem, existirão hierarquias, existirão gerências. Mas a existência de hierarquia não implica diferenças de poder; não equivale à autarquia ou arbitrariedade na capacidade de decidir (BAREMBLITT, 1994, p. 20.)

Desse modo, a análise institucional é um processo “passageiro” para produção de sentidos pelos coletivos. Se dispõe a ser fugaz, passagem que permite a diferença.

Especialmente a esquizoanálise consiste em “mapear” as linhas que cruzam as instituições e suas relações, não se trata de explicar ou denominar, mas de passar, fazer ver e falar, multiplicar, criar, agenciar vida.

A esquizoanálise será um processo de investigação, de produção de conhecimentos e de aplicação dos mesmos, para transformar o Mundo (entendido tanto da organização social, como da política, econômica, da subjetividade dos homens e ainda das máquinas que modificam por completo a relação homem-natureza). A esquizoanálise não tem porque ser feita por especialistas e que, além disso, cada um faz à sua maneira, a partir da inserção social que tenha e da Causa em que esteja envolvido nas lutas do mundo (sexual, artística, política alternativa, industrial, militar, etc) (BAREMBLITT, 2003 p.54)

Viagem de intervir/pesquisar, diário de bordo de uma análise institucional, expedição desde a inserção trabalhadora de saúde, é daí que partimos. Às vezes com amarrações binárias: saber/não-saber, ficar/partir...Multiplicidade de sentidos, para fugir da sobrecodificação.

Há sempre uma máquina binária que preside a distribuição dos papéis e que faz com que todas as respostas devam passar por questões pré-formadas, já que as questões são calculadas sobre as supostas respostas prováveis segundo as significações dominantes (p.29)

Não é verdade que a máquina binária só existe por razões de comodidade. Dizem que “a base 2” é a mais fácil. Mas na verdade a máquina binária é uma peça importante dos aparelhos de poder. (DELEUZE; PARNET, 1998, p.31)

É um modo de sobrecodificar a prescrição do funcionamento dos trabalhadores de saúde como equipe, aqueles que “falam a mesma língua” “tem objetivo comum”, “recompõem a totalidade” e “trabalham em harmonia sempre”.

Há que se buscar produzir multiplicações para o trabalho de equipe com e entre os trabalhadores de saúde.

Nas instituições, organizações e estabelecimentos ocorrem outras produções além daquelas esperadas: na fábrica está em produção também os trabalhadores com seus sonhos, desejos, sentidos e modos de andar a vida (subjetividades em produção), nos estabelecimentos de saúde estão em produção os usuários, os trabalhadores e a equipe.

Subjetividade é uma produção permanente, o nosso jeito de sentir, amar, sonhar, consumir são produzidos nas relações molares e moleculares. Para Guattari e Rolnik (1996) o modo de produção capitalístico produz as subjetividades em série das quais precisa:

Proponho [...], a idéia de uma subjetividade de natureza industrial, maquinica, ou seja, essencialmente fabricada, modelada, recebida, consumida. As máquinas de produção de subjetividade variam. Em sistemas tradicionais por exemplo, a subjetividade é fabricada por máquinas mais territorializadas, na escala de uma etnia, de uma corporação profissional, de uma casta. Já no sistema capitalístico, a produção é industrial e se dá em escala internacional (p. 25)

As subjetividades podem ser produzidas em série, repetidas: cursam caminhos prévios e pouco se permitem viver “sendo”. Podem se singularizar,

experiência denominada, durante certa época, por Guattari e Rolnik (1996) de grupo-sujeito: com capacidade de criação de múltiplos campos de leitura para o vivido.

A equipe é devir de subjetividades em relação:

As produções de subjetividade estão em curso, tão múltiplas e provisórias quanto as possibilidades desejantes. Territorializam-se e desterritorializam-se e, através da criação, podem engendrar vias constantes de inauguração de novas possibilidades. Quando são suprimidas as vias de criação, a subjetividade cristaliza-se através das territorializações duras, que configuram capturas do desejo. Constrói-se assim um corpo que nega ativamente os devires; que nega os “vir-a-ser” ou “sendo” que assinalam a diferença. De tantas formas agenciam-se as semelhanças, o igual, o “deve-ser-assim” e o silêncio diante das capturas, até que, finalmente, o sujeito parece estar encarcerado. Fica “determinado”, então, que um estado passe a ser estilo (LEITÃO, 1992, p. 148-149).

A equipe é produção que se faz quando há o encontro da diferença e não da igualdade e semelhanças como se propõe hegemonicamente em textos sobre trabalho de equipe. A equipe se processa na inclusão da diferença, diferença produzida nas singularizações, no romper das séries, do conhecido e *à priori*.

A análise institucional tem como arcabouço teórico/vivencial distintos autores grupelistas. Os grupos compõem campos possíveis de auto-análise, de desterritorialização, de desembaraçamento das linhas em produção.

Uma das vertentes da análise institucional adota os grupos operativos de Pichon-Riviére (1982). Bauleo (1987), é um desses autores do movimento institucionalista.

El dispositivo grupal funciona como detector de contradicciones: lo que no há sido hablado, las informaciones que fueron parcializadas, los sentimientos contrastados, lo no elaborado, los “duelos enquistados”, que pertenecen a niveles individuales o institucionales pero que se entrecruzan en verticalidades y horizontalidades vertiginosas, se convierten bruscamente en los puntos cadentes del discurso grupal. El grupo se há convertido en una máquina demoledora de máscaras que los individuos o la institución habían creado por suponer algún asunto “vergonzoso”, o porque el poder necesitava manipular alguna situación (BAULEO, 1987, p.35)

Equipes e grupos possuem interfaces. Equipe é rede de instituições: saúde, exército, família, grupos. Rede de pescar que aprisiona, rede de

deitar que descansa, rede de rizoma que esparrama vida. Grupo é dispositivo que faz a equipe ver e falar.

Nos grupos se estabelece o que é proibido, permitido, esperado. Também nas equipes isso ocorre.

Para Martín (1990) a equipe é cada vez mais uma referência ao modo como se deseja trabalhar nos serviços de saúde mental, podemos dizer que nos serviços de saúde em geral o trabalho de equipe é uma indicação no modo de operar. Ele retoma Bleger e apresenta os grupos operativos como possibilidade de treinar as equipes para operarem como equipe.

Quando se discute equipe e:

[...] cuando esas reflexiones adquieren um certo grado de profundidad, surgen las referencias a fenómenos y categorías grupales e institucionales.

Em última instancia, la discusión se centra entre concepciones que ven al equipo como um conjunto de profesionales (agrupamiento) y concepciones que piensan em el equipo como organización grupal (grupo). Entre estas dos opciones caben um sinfin de mixturas e interacciones que, junto com las distintas experiencias, producen uma diversidad de discursos sobre el tema, que bien planteados, facilitan pensarlo desde distintas ópticas y enriquecer el debate (MARTIN, 1990, p. 191)

Grupo e agrupamento são diferentes pela vinculação das pessoas: agrupamento tem semelhanças com a fila de ônibus; no grupo há uma interação — o exemplo de grupo é de Bleger (1991) — no aparente desligamento entre mãe e filho, cada um fazendo uma ação, ela costurando, ele brincando e quando a mãe pára e sai da sala o filho silente a acompanha.

Segundo Lapassade (1983):

Na ordem dos grupos humanos, o conceito fundamental utilizado por Sartre para descrever a reificação dos grupos é o conceito de série (e o conceito dele resultante, da serialidade). A série é uma forma de “coletivo” (quer dizer um conjunto humano) que recebe do exterior a sua unidade. A vida quotidiana oferece-nos múltiplos exemplos da série: as filas de espera (por exemplo a fila de ônibus) [...] Da série passa-se ao conceito de serialidade. Esse conceito é útil para designar todo conjunto humano sem unidade interna (p. 227-228)

[...]O conceito fundamental de Lukacs, em 1920-1922, é o de reificação, quer dizer, daquilo que transforma os seres e as coisas

em res, ontologicamente, humanamente praticamente vazios de toda essência, de todo sentido vivificante (p.128)

As equipes em série e reificadas são fabricadas nos serviços de saúde, ao mesmo tempo que também fabricam os serviços.

Grupo e agrupamento são posições binárias para multiplicar. Equipe e não-equipe também, e, juntos, viajante nômade, procuremos pelo “entre”.

A criação opera entre...
Somos co-autores, apenas,
Veículos, agenciadores.... [...]
Você me vê e me encontra
E, não me possuindo,
Não me estrangulando...
Não me tendo de 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
(BICHUETTI, 2000, p. 130-131)

Equipe é mistura que não se funde e deixa viver, ao lado e simples, nem *sobre*, nem *sub*, apenas *com*. No “entre” trabalhadores/trabalhadores, trabalhadores/usuários se faz a criação do trabalho em equipe na saúde.

Desse modo, o trabalho de equipe em saúde é uma produção que se engendra na interface dos distintos trabalhos que também produz seus trabalhadores, suas subjetividades.

Interface para Teixeira (2001):

Remete às operações de passagem entre dois “elementos heterogêneos e que incluem os transportes, transmissões, traduções, transformações, que se dão no encontro, contato, comunicação, entre esses dois “elementos”. A interface pode ser definida como a “operadora da passagem” (p.56).

Propomos a noção de equipe interfaceando-se em passagens de afetos, de saberes, de desejos, de projetos.

Mas o trabalho da equipe de saúde ao invés de passagem pode se fazer barragem dividindo, opondo, separando.

No cotidiano do trabalho em saúde a equipe e o trabalho são vividos como realização da realidade e assim é uma produção de *produção*, de

antiprodução, produção de *consumo* e *consumação* e de *reprodução* ao mesmo e em qualquer tempo.

Como produção de produção a equipe é passagem para o inédito e o novo: “A produção de produção é o processo de incessante geração do novo como engendramento de diferenças-singularidades absolutas de toda e qualquer realidade” (BAREMBLITT, 2003, p.79.)

Como produção de produção ela libera desejo e criação e encaminha o trabalho para uma dada finalidade de produção de vida, cuidados, cidadania. É trajetória não-linear e não-circular que se faz na tensão de muitos interesses em disputa e de muitos conflitos afetivos: trabalho de equipe é uma construção permanente de “entres”, o fazer de uma “engenhoca mutante”.

A produção de *reprodução* na equipe de saúde se faz da repetição de hierarquias, saberes, fazeres e poderes: equipe que sabe e prescreve o que o outro precisa fazer/saber e que se escalona: médicos, enfermeiros e outros universitários, técnicos, auxiliares, escriturários, agentes de saúde, serventes, etc.

A produção de reprodução compreende os processos que tendem à geração do que já foi produzido e já existe, tal como foi produzido: produção do mesmo, repetição. Os mesmos tendem a identificar, selecionar, adequar e reprimir as produções a serviço da manutenção relativa de uma ordem já produzida (BAREMBLITT, 2003, p. 79)

A produção de consumo/consumação é aquela que se relaciona aos processos de uso, o que se consuma na realidade. Costuma consumir-se a equipe de saúde hierárquica, dividida, sobreposta.

A produção de anti-produção destrói e impede a produção: “pode definir-se como o processo de destruição das realidades produzidas ou do impedimento de sua produção.” (BAREMBLITT, 2003, p. 79)

A equipe em anti-produção vive momentos de atentar contra si própria, se auto-destrói.

A equipe de saúde hegemonicamente vem se produzindo mais como árvore que rizoma, há uma centralidade de tronco que produz círculos de copa e raízes, unívoca, com saber médico e biológico em centro:

Há todo tipo de caracteres na árvore: ela tem um ponto de origem, germe ou centro, é máquina binária ou princípio de dicotomia, com suas ramificações que repartem e se reproduzem perpetuamente, seus pontos de arborescência; é eixo de rotação, que organiza as coisas em círculos, e os círculos em torno do centro; ela é estrutura, sistema de pontos e de posições que enquadram todo o possível, sistema hierárquico ou de transmissão de comandos, com instância central e memória recapitulatória; tem um futuro e um passado, raízes e cume, toda uma história, uma evolução, um desenvolvimento... [...] Todo mundo pede raízes. O poder é sempre arborescente (DELEUZE; PARNET, 1998, p.35).

Há que se desmontar a equipe de saúde árvore e fazer gramados de saberes/fazeres por todos os lados, escapar em rizomas.

A equipe de saúde é uma conjugação de experts a respeito da vida e da morte, que recebe a demanda da população pela cura, pelo alívio, porque oferta isso.

Demanda e oferta são conceitos do institucionalismo: a demanda se relaciona àquilo que os coletivos apreendem como suas necessidades e que são “naturalizadas”:

Veremos a idéia de que as comunidades tem necessidade básicas indiscutíveis e universais. Essas necessidades são colocadas claramente através de demandas espontâneas, através de exigência de produtos e serviços. Essa é uma das tantas idéias que vai ser questionada pelo institucionalismo, porque ele vai tentar mostrar que em todas as épocas da história, particularmente na nossa, não existem necessidades básicas e “naturais”, não existem demandas “espontâneas”, senão que, em todas e cada uma dessas organizações que acabamos de descrever, a noção de necessidade é produzida, assim como a demanda é formulada...(BAREMBLITT, 1994, p. 16)

A equipe de saúde oferta a promessa da cura, da saúde, do bem viver. Como produção de produção se libera desse lugar onipotente, pela análise inclusive da oferta e da demanda que faz.

A equipe em produção de produção vai construindo saberes com a população que atende: saberes sobre a vida, sobre a dor, a morte, e os modos de operar para produzir protagonismos, capacidades de tomar para si a produção de suas saídas: respostas às próprias questões.

A equipe como arranjo transitório e mutante⁵ não se conhece capaz de “servir” terapeuticamente a todos os “casos” que lhe chegam com as mesmas ações e com o mesmo funcionamento. É preciso compor a equipe numa tal elasticidade que consiga modelar-se aos diferentes desejos e interesses próprios e dos usuários para os quais se propõe atender.

Então há que se produzir um articular mutante, uma engenhoca diferente para situações que na saúde são inéditas sempre. Os trabalhadores de saúde precisam ousar criar, ousar sair dos terrenos conhecidos, das normas que fixam demais. Paradoxalmente, temos nas equipes de saúde uma tendência a se fazer imóvel, presa, rígida. Máquina-dura-sem-cintura.

Delimitam-se as regras de funcionamento dos estabelecimentos de saúde de modo inflexível, padronizado para todos os usuários do mesmo modo.

O modo de funcionamento duro, inflexível, às vezes se materializa em atendimentos impessoais, frios, desumanizantes: o usuário é um número, um objeto, seu corpo uma coisa a ser manipulada.

Estudiosos do trabalho em saúde vem atribuindo esses aspectos a muitos fatores: ao modo como o trabalho em saúde está organizado, aos aspectos estruturais da sociedade, aos aspectos relacionados ao modo capitalista de produção onde tudo é tido como mercadoria, aos paradigmas positivistas e mecanicistas que norteiam a formação dos trabalhadores e muitos outros.

Brevemente, nos debruçemos sobre aspectos relacionados a natureza do objeto de trabalho da saúde, que muitas vezes se apresenta como dor e morte.

⁵ Nessa construção do texto opera um “entre” três enfermeiras, mais que isso, de três pessoas que se unem por laços de amizade e de carinho e que se encontraram para a produção de um texto sobre equipes interdisciplinares de saúde que foi norteador de uma palestra proferida em Brasília em Maio de 2003. Trata-se do trabalho coletivo com as profas Dras Maria Cecília Puntel de Almeida e Silvana Martins Mishima: “Interdisciplinaridade nas equipes de saúde” apresentado no evento: Os Estudantes e o SUS, organizado pelo Ministério da Saúde em Brasília, de 16 a 18 de Maio de 2003.

A equipe de saúde recebe sobre si a deposição dos anseios, das angústias, das dores e insatisfações das pessoas as quais atende. Nosso público é aquele que está em dificuldade, gente com angústias ante a vida.

As pessoas chegam aos serviços sofrendo, inseguras, amarguradas, com dúvidas sobre o que será de si, endividadas (com dividas financeiras, afetivas, de sonhos), cheias de dividas e cisões. Isso é exposto para os trabalhadores, e mais que exposto, é colocado sobre a equipe com uma carga emocional intensa e com o pedido de que resolvam sua situação.

A população deposita na equipe suas esperanças e anseios porque também a equipe de saúde oferta saúde e bem estar. Essa promessa nem sempre pode ser cumprida especialmente se tomarmos saúde como resultante das condições de vida. E a equipe tende a evitar um contato mais direto com a demanda dos usuários, evitando a própria dor e caindo às vezes em profunda impotência: vai do que *“pode tudo curar”*, para o que *“não pode mais nada fazer”*.

É trabalho da equipe de saúde interessada em produzir cuidados, receber aquilo que lhe é depositado pelo usuário, e devolver de outro modo (já processado) tal deposição.

Guimon (2002) fala da capacidade da equipe de saúde mental em se fazer continente à desestrutura de quem atende. Isso é bastante difícil, tendemos a devolver esses conteúdos não processados como num *“bate-volta”*. Esse autor chama a atenção para a possibilidade da equipe viver a desestruturação das famílias as quais atende, inclusive reproduzindo nas relações dos trabalhadores, as relações desestruturadas e doentias.

Os trabalhadores de uma Unidade de Saúde que iniciam aproximações com o universo da família, também podem vir a adoecer como as famílias que atendem.

A equipe precisa olhar para seus atendimentos, para as relações que estabelece de modo inoperante e para os quais suas condutas se fizeram operativas, não para repetir, mas para aprender com eles sobre si e sobre a vida. Necessita olhar para os casos que não deseja mais atender,

para aqueles em que reiteradamente “comem-bola” no atendimento (perdem os exames, se esquecem de avisar alterações de agenda, enfim)

Assim consideramos a equipe como um processo de relações a serem permanentemente “olhadas”, cuidadas. Por quem? Pelos próprios trabalhadores construindo com eles as múltiplas possibilidades de significados para as situações vividas.

A supervisão externa da equipe, norteadada pela análise institucional, mais especificamente pela esquizoanálise, é um interessante instrumento para a produção de sentidos do trabalho pelos próprios trabalhadores.

Supervisão é uma palavra que nos carrega para um sentido de controle, de “super visão”, alguém que enxerga tudo. Não é desse aspecto que falamos: estamos considerando supervisão como um processo dinâmico, realizado por alguém externo a equipe, que seja um co-pensor; que pense junto com a equipe sobre o que ela vem vivendo, sobre como vem trabalhando, porque, para quem. A supervisão norteia-se pela finalidade do trabalho em saúde (produzir vida) e objetiva produzir auto-análise e auto-gestão se fazendo passageira.

Podemos dizer que o trabalho em equipe vai se constituindo, se gestando no seu trabalhar, no seu fazer de todo dia, e que precisa ser analisado, cuidado, pois passa por movimentos de dificuldades, de paralisação, de insatisfação, de “bate-volta”.

É preciso que a equipe de saúde seja cuidada para que possa produzir cuidados. Os espaços grupais podem ser facilitadores para produção de auto-análise, auto-gestão e cuidados. O instrumental da análise institucional, dos grupos, e de autores como Merhy (1997a e b) que propõem atenção aos ruídos e ferramentas analisadoras foram vivenciados no presente estudo. Ao serem postos em ação esses instrumentais evidenciam para os trabalhadores (e com eles) o quanto o serviço está ou não centrado nas necessidades dos usuários.

Ei, viajante-nômade!! Você ainda está aí? Cansei de tantos conceitos, vamos rasgar esse texto, chega!!!

Vamos rasgá-lo como propõe Levy (2003):

Ao mesmo tempo em que rasgamos o texto pela leitura, nós o ferimos. Nós o recolocamos sobre ele mesmo. Nós relacionamos, umas às outras, as passagens que se correspondem. Os pedaços dispersos sobre a superfície das páginas ou na linearidade do discurso, nós os costuramos em conjunto: ler um texto é reencontrar os gestos textuais que lhe deram seu nome (p.1)

Pausa para derivar: vá para onde quiser, eu também vou! que tal uma música? Escolhe a tua!

E agora partiremos nessas entranhas da equipe via análise, auto-análise, provisória análise.

Cartografando, circunscrevendo as relações entre trabalhadores que se devém equipe ora como máquina resistente à vida, ao broto, ao novo, a mudança, ora como máquina engenhoca em defesa da vida, ora como nada disso.

Procurando o “entre”, nos enveredamos pela análise institucional de uma Unidade Básica de Saúde com equipe de saúde da família.

Pesquisar/intervir para “rachar” as sobrecodificações, buscar as linhas que compõem os modos de funcionamento dos trabalhadores: fascista, solidário, autoritário, excludente, includente...

1.2 Análise de implicação na produção do estudo

Entrei em trabalho de parto: esforço, dores e nada.
Tive um parto de nada...
Nas dores e contrações não pari nenhuma criança,
nenhum filho.
O vazio foi meu conceito? O que gastei? O que criei?
Não houve criança, houve alívio, houve livramento.
Paradoxo de dor, vergonha, frustração...
E quando o vazio foi parido nasceu em mim uma
brecha, uma fissura, possibilidade, interstício...
Lacuna entre o que havia e poderá haver.
Pari espaço de cisão, expansão, expulsão;
concepção de fragmentos; partes; um parto de mim
mesma. Me vi interrupção e ligadura.
E agora? Fico ou parto? (Fortuna, 2003)

Análise de implicação é um processo que permite à equipe de analista institucional/interventor compreender a interação que produz em relação ao estabelecimento analisado e ao pedido que lhe é formulado.

É um termo que tem certa semelhança com o conceito psicanalítico de contra-transferência (reação – consciente e inconsciente – que o material do paciente produz no analista), só que no institucionalismo a implicação não é um processo apenas psíquico, nem inconsciente, mas de uma materialidade múltipla e variada, complexa e sobredeterminada (...) Ao mesmo tempo é um processo político, econômico, social, etnológico, etc, heterogêneo e que deve ser examinado em todas as dimensões (BAREMBLITT, 1994, p. 153)

Baremblytt (1994) ao descrever o que denomina de intervenção institucional tipo standart propõe a análise da oferta e da demanda como tarefa a se realizar quando se pretende uma análise e intervenção institucional.

A análise da produção da demanda coloca em questão o que o analista oferece. Como foi engendrada a demanda? Essa é uma questão importante pois a demanda é antes produzida.

Análise da demanda é a análise e deciframento que se faz do pedido de intervenção por parte de uma organização. É um primeiro e importante passo para que se comece a compreender institucionalmente a dinâmica dessa organização. É o material de acesso inicial que já contém valiosos aspectos conscientes, manifestos, deliberados, assim como todo um filão de aspectos inconscientes e não ditos que remetem a um esboço inicial da conflitiva e problemática da organização solicitante. (BAREMBLITT, 1994, p. 155)

Como se produziu a demanda da intervenção numa Unidade de Saúde que resultou nessa tese? Voltemos no tempo realizando uma provisória e nova história.

Trabalhando como enfermeira na sede administrativa da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto (SMS-RP)⁶, junto ao Serviço de Assistência Domiciliar - SAD, vinha desenvolvendo atividades de discussão com os trabalhadores das Unidades de Saúde na perspectiva de mudança do atual modelo de assistência. Mas por quê?, se meu trabalho é o de assistência domiciliar e o de cuidado com pessoas portadoras de fissura lábio-palatal e deficiência auditiva? É que os trabalhadores vinculados aos Programas de Saúde

⁶ A Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto é composta por uma rede de Unidades Básicas e Unidades Básicas e Distritais de Saúde e possui uma sede administrativa onde estão alocados diversos setores e departamentos que possuem por atribuição estabelecer as diretrizes técnicas de ação no município, além de proporcionar condições de trabalho para as ações nas Unidades. Seus departamentos e divisões se relacionam à vigilância epidemiológica e sanitária, programas de saúde, transporte, recursos humanos, farmácia, setores de enfermagem, odontologia e médico, avaliação e controle, planejamento e etc. Para maiores informações consulte o site: <http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br>

da SMS-RP foram chamados em 2001, no início de nova gestão municipal (de um governo petista), pela chefia imediata composta por acessores do Secretário Municipal da Saúde, para discutir alternativas para mudanças na atual forma de trabalhar na SMS-RP.

Naquele momento vivemos produtivas discussões que interrogavam o modo de trabalhar daqueles alocados na sede da Secretaria, tais como os coordenadores de programas de saúde, em suas relações com os trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde e usuários dos diversos serviços.

A vivência coletiva colocou em evidência as fragilidades do projeto institucional de mudança na estrutura da saúde no município, quando questões referentes as possíveis horizontalizações nas relações de poder/saber entre trabalhadores do nível central e trabalhadores das Unidades de Saúde se tornaram explícitas.

As propostas se encaminhavam para apoio aos trabalhadores das Unidades de Saúde no sentido de auxiliá-los a analisar o próprio trabalho, problematizar o cotidiano e a construir respostas para suas realidades, e não para o oferecimento de prescrições costumeiras de o que fazer, com medidas repartidas em caselas bem delineadas: saúde da mulher, da criança, do idoso, etc.

Avançar significava: sair do conhecido e da sede para se colocar ao lado, acompanhando e apoiando os trabalhadores das Unidades de Saúde em sua difícil tarefa de cuidar.

Na ocasião foram planejadas oficinas sobre acolhimento com os trabalhadores das Unidades de Saúde, proposta fruto das discussões entre os gerentes e coordenadores de programas para produção de outros modos de trabalhar na saúde, com a perspectiva de mudar processo de trabalho para modificar o modelo de assistência predominante no município, de características médico-centradas, restrito a uma queixa-conduta e com forte componente medicalizante.

Diante do novo e da possibilidade de mudança ficamos (eu e os trabalhadores envolvidos) imobilizados pelo medo do desconhecido e,

rapidamente, preferimos voltar ao que já nos era muito familiar: esperar, se vitimizar, culpar os trabalhadores das Unidades de Saúde vistos como “os de baixo” e também os trabalhadores “de cima” (os diretores, assessores, etc).

Voltemos ainda um pouco mais no tempo... No mestrado, aproximei-me das produções sobre o processo de trabalho em saúde, sobre as instituições e grupos, pois já me preocupavam as relações entre os trabalhadores e a construção de equipes.

Depois da defesa do mestrado (FORTUNA,1999), nos encontros seguintes com aqueles trabalhadores da Unidade de Saúde estudada, passei a me interrogar: Como eles me afetaram e como eu os afetei? Produzimos desejos juntos ?

Será que fez sentido para eles o que produzi como trabalho acadêmico Ou será que eles não se reconhecem nos apontamentos que escrevi?

Um dia uma trabalhadora me perguntou sobre os resultados do mestrado, pois achava que a gerente havia levado o exemplar da dissertação para sua casa. Dizia a trabalhadora: *“ela (gerente) achou que havia coisas difíceis para os trabalhadores lerem”*. Referia-se a quais dificuldades? Da linguagem? Penso que não, mas da dificuldade de uma análise que se fez muito mais por mim apenas que junto com eles.

Hoje analiso um equívoco naquela pretensa co-produção, pois permaneceu uma lacuna entre a análise e a produção coletiva da análise. Por mais que desejasse, reconheço hoje que não rompi com a lógica de uma análise externa, dos “experts” que vem, vêem e analisam de fora.

Essas questões se esclareceram, e vem se esclarecendo durante a construção do doutorado nos espaços da supervisão⁷ com Jorge Bichuetti e nas orientações com Silvana Martins Mishima, onde o interrogar das

⁷ Supervisão aqui está sendo tomada como espaço para produção coletiva de análise do modo de funcionamento buscando os aspectos mais visíveis e também aqueles de natureza oculta. A supervisão é uma estratégia utilizada na área de saúde mental para terapeutas e também nos trabalhos com grupos operativos. Ao realizarmos a supervisão da equipe necessitávamos de supervisão para produção de outros possíveis significados. Nesse processo, temos buscado identificar nossos pontos de cegueira, de pré-conceitos, de contra-transferência.

confusões entre a pesquisa e a intervenção, se fizeram imprescindíveis para o prosseguimento da dupla ação: pesquisar/intervir.

Desde o ingresso no doutorado planejava uma produção conjunta com Silvia Matumoto, amiga com quem vinha já produzindo alguns trabalhos com grupos. Planejávamos uma produção conjunta da nossa tese de doutorado e ainda da tese de livre-docência de nossa orientadora, Silvana Martins Mishima.

Silvia Matumoto vem estudando desde seu mestrado a proposta do acolhimento como um dispositivo (MATUMOTO, 1998), Silvana vem discutindo nas suas produções as questões da gerência em saúde no nível local, (MISHIMA, 1995) onde se processa a produção de cuidados em saúde, e eu venho me debruçando sobre as relações em processo nas equipes.

Durante este processo de definição de parcerias, numa certa tarde, recebi um telefonema de uma das enfermeiras da Unidade de Saúde, onde foi realizada esta pesquisa, a mesma me perguntava sobre a possibilidade de trabalharmos na perspectiva da supervisão da equipe local.

A supervisão solicitada se aproximava do apoio que pensávamos ser necessário para a construção de um outro modo de trabalhar. Supervisão na enfermagem e na saúde em geral tem um caráter de controle e avaliação e não era essa a solicitação, mas supervisão como um espaço protegido para a equipe se ver e se rever.

Concomitantemente, a gerente da mesma Unidade conversava com Silvia sobre essa possibilidade e com Silvana, nossa orientadora, na perspectiva de que houvesse uma ajuda mútua entre nós que vínhamos estudando, buscando formação específica e aqueles trabalhadores que sentiam necessidade de ter seu trabalho apoiado, já que não vinha sendo viabilizado recurso financeiro para a contratação da supervisão de equipes, contratação que é assinalada como importante para a implantação do Programa de Saúde da Família - PSF.

Eu, Silvana e Silvia fomos conversar com a gerente e com a enfermeira. Na ocasião, falamos sobre nosso limite tempo para a produção no doutorado e sobre nossos limites vivenciais/teóricos na perspectiva da supervisão de equipes. Estávamos dispostas ao desafio, e para que isso fosse

possível haveríamos que articular produções de pesquisa e supervisão da equipe, nossa supervisão fora da cidade e muito estudo.

Na ocasião, nos contaram que nas oficinas sobre acolhimento os trabalhadores manifestaram insatisfação no trabalho e dificuldades para pensar na proposta que lhes estava sendo apresentada. Surgiu assim, a possibilidade da articulação de projetos de pesquisa e supervisão externa com os trabalhadores da Unidade. Iniciamos a supervisão da equipe estabelecendo com os trabalhadores um enquadre, definimos os objetivos, assinalando nosso duplo papel: supervisoras e pesquisadoras.

A pergunta que emerge, em relação à oferta é, portanto, o que ofertamos?

Por pesquisar a rede de relações entre trabalhadores, o trabalho em equipe, talvez, imaginariamente, oferte a noção de equipe, a harmonia, a possibilidade de trabalhar junto se entendendo, visto que é esse o entendimento hegemônico e o discurso sobre as equipes.

Ofertamos um saber que os trabalhadores da Unidade acreditam que detenhamos, um saber capaz de prescrever-lhes o que devem ou precisam fazer. Trouxemos para a Unidade de Saúde, mais uma vez, a materialização da Universidade, da instituição escola, que produz o que se sabe, que ensina a quem não sabe e legitima e hierarquiza as práticas de saúde. Essa instituição já estava aí presente atravessando os fazeres/saberes e de algum modo a *re-introduzimos* em cena.

Nesse trajeto de inquietações conhecemos Jorge Bichuetti, que vem realizando nossa supervisão para esse trabalho na perspectiva da análise institucional, mais especificamente da esquizoanálise.

Em supervisão, ele nos pergunta: vocês foram contratadas por quem? Os trabalhadores ou a gerente as contratou? A gerente e a enfermeira num primeiro momento. Hoje avalio que essa demanda ainda é prioritariamente dessas duas trabalhadoras, embora haja um avanço importante da equipe no que se refere a adesão à supervisão.

O sentido dessa pergunta, só agora passado mais de um ano, se esclarece para mim: a análise e a intervenção institucional podem ser

capturadas pelas malhas dos poderes instituídos (no caso a representação de poder da gerência e da enfermeira influenciava o contrato de trabalho) e a resistência inicial dos trabalhadores ao processo precisa ser tomada como modo de resistir às opressões tão conhecidas por eles na sua lida cotidiana.

Num outro momento Jorge nos indaga: será que a encomenda que vocês receberam foi: *“venham nos ajudar a nos ver, mas nos ajudem a não nos enxergar?”* Isso nos pareceu muito pertinente naquele momento e ainda hoje parece ecoar como um convite ambíguo: ver e não ver, ouvir e não escutar, mudar e não mudar.

O pesquisar não podia se capturar, acovardar-se, diante desta possível cooptação da equipe, e se fez fecundo, turbulento e inquietante o intervir.

Iniciamos a supervisão da equipe com uma primeira reunião com trabalhadores da equipe de Saúde da Família da unidade e trabalhadores da Unidade Básica. A demanda naquele momento foi expressa da seguinte maneira:

“Estamos com dificuldade de relacionamento entre os trabalhadores da Unidade e os trabalhadores da equipe de Saúde da Família”.

“Depois da implantação dessa equipe e desse trabalho estamos com muitas dificuldades de nos entender”.

Se a demanda inicial é sintoma, segundo Bleger (1984), o que estaria aí em produção? O viver foi apontando outros possíveis significados.

Neste emaranhado todo, marcado por múltiplas possibilidades, meu sentimento inicial era de insegurança, de incerteza, pois, como já estaria “colhendo dados” sem definição precisa de objeto de pesquisa, de pressupostos e objetivos, de aporte teórico-metodológico? Sabia que o grupo operativo era instrumental para a análise institucional, o estudo de mestrado já apontava interessantes aspectos nessa direção, mas, só o mesmo possibilitaria aproximações da equipe a seus processos?

Na defesa do mestrado o professor Merhy⁸ já havia trazido importantes reflexões que apontavam para a insuficiência do referencial dos

⁸ Emerson Elias Merhy, docente do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, companheiro de travessias, encontros e parcerias desde o Mestrado.

grupos operativos frente à complexidade dos micro-espços e da produção coletiva de análise.

A principal inquietação era a de que os trabalhadores entendessem que nossa oferta estava na direção de pensarmos juntos sobre seus processos de trabalho, pois muitos dos entendimentos e desentendimentos são produzidos também na organização parcelar e na divisão técnica e social do trabalho. Sentia necessidade de que o trabalho realizado não fosse tomado como supervisão no sentido de alguém vendo o que se está fazendo de certo e de errado, mas de que eles próprios se interrogassem, pois nos propusemos a um pensar junto e coletivamente.

Hoje me deparo com os escritos de Ardoino (1987), afirmando que toda intervenção institucional tem um sentido duplo que precisa ser conhecido por quem se propõe a análise e intervenção institucional: intervenção é intromissão, olho alheio que causa desconforto e também é amparo e apoio. Não há produção de análise sem o desconforto da desterritorialização.

Nossas observações e as participações nas discussões estavam (e ainda estão) a serviço da produção da análise sobre o que produzem, como produzem, para que produzem, para quem produzem, e nesse processo como produzem os usuários, as demandas e como se produzem trabalhadores.

Outro aspecto da análise institucional é que se estabelece um contrato entre a equipe que intervém e os trabalhadores.

Esse contrato tem aspectos explícitos como a demanda, mas tem outros a serem considerados: duração, o que compete a cada parte, pagamento, etc.

Com relação ao contrato de trabalho para a supervisão com o conjunto dos trabalhadores da Unidade de Saúde, com o tempo e com as reflexões realizadas nos espaços de supervisão, se evidenciaram fragilidades no mesmo. Construiu-se um contrato velado de troca entre os dados para a pesquisa e nosso trabalho lá.

Desse modo, os trabalhadores se colocaram fazendo “sua parte” participando das discussões, contudo, o colocar em ação das propostas

elaboradas pelo próprio grupo foi pouco tomado como parte do contrato e do processo.

Essa confusão do contrato acentuou os movimentos de paranóia vividos durante a supervisão como relataremos no transcorrer desses escritos.

Os movimentos de paranóia são caracterizados por temores a uma ameaça externa, o sentimento é o de estar sendo visto todo tempo, o outro é ameaçador, a diferença não é suportada e a exclusão é a possibilidade de sobrevivência.

Por outro lado, nesse contrato a intervenção ficou com o ônus do sobre-trabalho para Silvia e para mim⁹. O trabalho excedia nossa jornada, pois demandavam outras horas de atividade além daquela dos encontros.

Foi desencadeante desse contrato implícito, em que as partes tinham parcelas desiguais de responsabilidade e compromisso, as nossas dúvidas sobre a capacidade de realização do trabalho de intervenção institucional, como se no nosso imaginário, o amadorismo pudesse ser permutado pela participação dos trabalhadores.

Atrás da Cortina ou debaixo do tapete? Sussurros de auto-análise na pesquisa: para a parede.

Onde deixo essas inquietações que só me desgrudaram quando as materializei em palavras e texto? Resolvi deixá-las aqui mesmo na análise de implicação, nem sub, nem atrás: um pequeno quadro de parede.

Necessito nominar outro incômodo do começo da intervenção/pesquisa que foi o de iniciar o trabalho sem que ainda houvesse a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética. E não havia encaminhamento, porque ainda não havia projeto de pesquisa escrito no formato para ser encaminhado para o Comitê. Alguns meses depois, o projeto estava aprovado e nem por isso as inquietações cessaram.

Demorei bastante para conseguir realizar a escrita da tese, quase mais que os tempos institucionais desejam para as produções acadêmicas.

⁹ A intervenção que resultou nessa tese foi produzida num “entre” que envolveu trabalho direto com a equipe de saúde realizado por Silvia Matumoto e por mim, com supervisão de Jorge Bichueti e orientação da profa Silvana Martins Mishima.

Voltemos à implicação, nela a análise de como me afetei no trabalho desde minha subjetividade, desembaraço daquilo que é meu, nosso, do grupo.

Como meu, identifico que marcaram as impossibilidades da escrita e realização dessa tese, a incerteza da possibilidade de dois estudos num mesmo local, com as mesmas produções de material empírico, e ainda a angústia da comparação das duas teses, a competição que tanto quis afogar em mim, e que tantas vezes me acenava.

Também me entrelaçaram as marcações subjetivas da família que se apresentaram nas vivências com Silvana/orientadora que meu imaginário conduzia para representação materna, com Silvia/co-coordenadora e confundida no papel de irmã, e com Jorge/supervisor misturado na representação de pai.

O mesmo imaginário que me propunha a desconstruir com os trabalhadores, na perspectiva da equipe diferente de grande família, me atravessava pelo modo de subjetivação predominante que põe em cena a triangulação edípica e a castração como fundantes e que estavam (e volta e meia estão) bem colados em mim.

E ainda estancava a produção da tese em mim o desejo onipotente de escrever sobre uma bem sucedida intervenção apontando para os aspectos positivos vividos nesse trajeto com resultados para a mudança do modelo assistencial. As produções de teses do modo instituído querem revelar as pessoalidades, querem falar sobre as verdades e triunfos e não sobre o vivido com seus limites, finitudes, equívocos.

Essa foi uma outra cisão e rachadura que precisei cavar, esculpir e despir.

Vivi ainda na carne uma outra sensação: relações prazerosas geram apegos, acabar a escrita passou, por um tempo, a significar “perder” e me vi postergando o término da tese para evitar aquilo que no imaginário era tomado como perda, como término de múltiplos aprenderes e dos espaços de convivência calorosa com a equipe e também especialmente com Silvia, Silvana e Jorge.

Vivenciei durante este trajeto, espaços de terapia, de análise e de supervisão: análise do trabalho de intervenção, análise da pesquisa e a própria análise. Todos eles produziram interessantes passagens desnudando o oculto do ato-processo de pesquisar/intervir.

Esses ocultos que dificilmente constam do caminhar nas pesquisas: pesquisar é também se redescobrir, reinventar, se desterritorializar.

Num dado momento decidi me lançar, me desembaraçar das fusões que fiz com o grupo, comigo e com meus companheiros, desembaracei-me pela análise, pude devir pesquisadora e, assim, pude partir para a escrita que demarca a conclusão do doutorado. Deste desembaraço emerge a gestação e o parto e como disse o poeta: *“partir é uma arte”*.

1.3 Definindo o contexto da pesquisa: A crise da saúde e as propostas para mudança de modelo assistencial: o Programa de Saúde da Família.

Para nos situar na nossa viagem, tomemos as coordenadas de latitude e longitude. São pontos cambiantes e marcados para fins cartográficos.

Latitude e longitude são pontos do espaço estriado. Espaço liso e espaço estriado são misturas, o liso se parece com o mar, com as estepes, o deserto, o gelo, o estriado com as cidades. Um se desloca do outro: “o espaço liso não pára de ser traduzido, transvertido num espaço estriado; o espaço estriado é constantemente revertido, devolvido ao espaço liso”. (DELEUZE; GUATTARI, 2002b, p.180)

Pode-se fixar um primeiro estado, ou uma primeira espécie de linha: a linha subordinada ao ponto; a diagonal, subordinada à horizontal e à vertical; a linha faz contorno figurativo ou não; o espaço que traça é de estriagem; a multiplicidade numerável que constitui continua submetida ao Uno na sua dimensão sempre superior ou suplementaria. As linhas desse tipo são molares, e formam um sistema arborescente, binário, circular, segmentário. A segunda espécie é muito diferente, molecular e do tipo “rizoma”. A diagonal se liberta, se rompe ou serpenteia. A linha já não faz contorno, passa entre as coisas, entre os pontos. Pertence a um espaço liso (DELEUZE; GUATTARI, 2002b, p.220)

Na latitude a saúde em crise e na longitude propostas para o setor, dentre elas o Programa de Saúde da Família. Entre os eixos tantas outras crises, instituições, subjetivações, propostas, e linhas fazendo do desenho uma complexa teia. Das cidades ao deserto, do bordado à cocha de retalhos, prossigamos.

O setor saúde vive, como outras instituições, uma oni-crise e para compreendermos melhor as propostas que se desenham para o setor, seus limites e potencialidades, é preciso nos debruçar sobre a questão: O que está em crise? Quais contornos e desenhos são possíveis demarcar na crise do setor saúde?

Um primeiro desenho é de um novelo, fios embolados — onde inicia um e termina o outro? A crise pensada desde o setor saúde camufla uma crise de produção de subjetividades, do modo capitalístico de produção da vida e da vontade de viver.

Uma das características da crise que estamos vivendo, é que ela não se situa apenas a nível das relações sociais explícitas, mas envolve formações do inconsciente, formações religiosas, míticas, estéticas. Trata-se de uma crise dos modos de subjetivação, dos modos de organização e de sociabilidade, das formas de investimento coletivo de formações do inconsciente, que escapam radicalmente às explicações universitárias tradicionais — sociológicas, marxistas ou outras. Essa crise é mundial, mas ela é apreendida, semiotizada e cartografada de diferentes maneiras, de acordo com o meio (GUATTARI; ROLNIK, 1996, p.191)

Na saúde, a crise a que se referem os autores acima é presentificada a cada atendimento, em cada estabelecimento: nos balcões das farmácias, nos hospitais, centros de saúde, ambulatorios.

Nos deparamos com o andar perambulante dos usuários pelos serviços de saúde como que pedintes de algo que estão despojados: seus saberes, seus corpos funcionantes, seus bem-estares. Perda e restituição é uma das facetas da instituição saúde, produzindo aqueles que *tem* em relação aos que *não tem*: produção de gente *com* e de gente *sem*.

Campos (1997a) discutindo a saúde no Brasil e os desafios do Sistema Único de Saúde (SUS), propõe dois modos de análise: uma de natureza macro, ou seja, os condicionantes econômicos, políticos e sociais, e outro de natureza micro onde ocorrem embates políticos, ideológicos que

influenciam as práticas concretamente implementadas. Opta por análises dos microespaços.

Não que a dimensão sócio-econômica seja menos importante. Ao contrário. Há todo um contexto de enfrentamento obrigatório para qualquer ator interessado em implantar o SUS. A hegemonia neoliberal é um obstáculo pesado a todo projeto redistributivo. Do valor atribuído a vida humana pela sociedade, até a quantidade de dinheiro investida na saúde, tudo está em reviravolta e em disputa (CAMPOS, 1997 a, p. 115)

Consideramos essas duas dimensões: o macro e o micro, como aspectos que dividimos devido ao modo de segmentaridade binária. Nos microespaços as instituições estão em movimento incessante, atualizando os aspectos molares e instituídos, também neles passam os instituintes, os aspectos moleculares, e as linhas de fuga.

A crise da saúde é molar e molecular ao mesmo tempo e a um só tempo: crise do financiamento, da produção, das subjetividades, do valor da vida.

Mendes (1996) define a crise da saúde como universal, ou seja, vivenciada no mundo todo e que se manifesta nas dimensões da ineficiência/ineficácia, iniquidade e insatisfação da opinião pública.

No que se refere a ineficiência elenca os gastos em procedimentos custosos e de baixo impacto na saúde, norteados pelo modelo médico hegemônico.

A ineficácia revela-se pela não correspondência entre o aumento dos investimentos financeiros e a falta de melhoria dos índices e indicadores de saúde.

Sobre a iniquidade o autor traz a relação inversa entre oferta de serviços de saúde e necessidades da população: as regiões mais carentes são as que contam com menor acesso aos serviços de saúde.

Quanto ao descontentamento popular ele relata um estudo de 1990 que aponta a não-relação direta entre gastos com saúde e satisfação dos usuários.

Mendes (1996) traz três correntes de pensamento que podem explicar a crise: incrementalista, racionalista e estruturalista.

A primeira relaciona a crise ao baixo investimento financeiro no setor, corrente insuficiente para explicar a crise pois, segundo o autor, as melhoras de indicadores de saúde não são diretamente proporcionais aos investimentos efetivados no setor saúde.

A corrente racionalizadora defende aumento da eficiência e eficácia para melhoria da qualidade no setor atribuindo a crise aos gastos desnecessários e baixos resultados. Essa corrente é hegemônica e norteia muitas das propostas de reforma do setor saúde.

A terceira corrente, a estruturalista, é a defendida pelo autor e se alicerça na impossibilidade de conciliar forças expansivas do setor e seus mecanismos de controle:

As forças que exigem a expansão do sistema de saúde são: a transição demográfica, a acumulação epidemiológica, a medicalização societal, a urbanização, a incorporação tecnológica, o incremento da força de trabalho e o corporativismo empresarial e profissional (MENDES, 1996, p.21)

Sem dúvida, vivemos a presença de novas doenças como o mal de Alzheimer, velhas epidemias estão em curso como a dengue e a febre amarela, o envelhecimento da população, a cronificação de doenças como a AIDS, o forte crescimento do número de profissionais na saúde, os especialistas pressionando o mercado de trabalho, bem como os grupos de seguro-saúde, a inclusão de tecnologias que não são substitutivas e sim acumulativas como os tomógrafos em relação ao raio x, enfim todos esses aspectos influenciam sobremaneira a crise do setor saúde.

Olhando a crise do setor saúde sob os aspectos trazidos por Mendes (1996), parece que as medidas de gestão e gerência que combinem racionalização, eficiência e eficácia, com alguma democratização podem sinalizar a saída para a crise do setor.

No entanto, outros aspectos parecem relacionados também com a crise: o atual jeito de viver, o tratamento do corpo, da vida e da saúde como mercadorias.

E se considerarmos a crise da saúde como muito maior que o setor e também referente aos modos de organização social, a passagem da

sociedade disciplinar à sociedade mundial de controle; somente os aspectos gerenciais e de financiamento não vão dar conta da crise.

A crise do modo de subjetivação, do modo de produção, das relações entre os países, do meio ambiente, da crescente desigualdade social, todas elas fazem uma senhora-crise, crise na qual a instituição saúde é inter, é trama.

Mendes (1996) salienta que uma das explicações da crise se funda no modelo de atenção médico vigente estabelecido no paradigma flexneriano e o desafio é o de se estabelecer um modelo de atenção à saúde fundado no paradigma da produção social da saúde.

Para Campos (1997a) a crise do SUS no Brasil se relaciona ao atual modelo de organização das práticas de saúde.

O tema do financiamento: sem dúvida há falta de recursos. Entretanto, se enganaria quem imaginasse que maior aporte resolveria automaticamente o acesso a qualidade dos serviços do SUS. Não. O atual modelo de organização das práticas é inadequado. Corruptela latinizada do modo norte-americano de atenção: especialização crescente, resolutividade cada vez menor de cada serviço o de cada agente, desvalorização da clínica e da saúde pública e hipervalorização de procedimentos diagnósticos terapêuticos sem consideração por todo o processo de cuidados, centralidade do hospital que funciona tanto como porta de entrada como linha de saída (p. 116)

Se uma possível explicação para a crise do setor saúde está relacionada aos modelos de atenção, vamos buscar outros estudiosos da saúde coletiva para nos auxiliar nessa discussão.

Merhy; Cecílio; Nogueira Filho (1991) sistematizam importante discussão a respeito dos modelos assistenciais, que desde o início dos anos 80 vêm sendo questionados por dirigentes dos sistemas e serviços de saúde, trabalhadores, pesquisadores e usuários. As questões apontadas se motivam pelo alto custo, baixa resolubilidade, pela incapacidade de efetiva implantação da humanização, da integralidade na assistência, da participação e controle social, do acesso universal, da equidade, enfim, das diretrizes e princípios previstos na Reforma Sanitária Brasileira para o Sistema Único de Saúde - SUS.

A produção em saúde que constitui o modelo de atenção hegemônico remete ao território da produção capitalística: de bens de consumo, lucratividade, hierarquia, homogeneidade, subjetividades em repetição.

Guattari e Rolnik (1996) utilizam-se do termo capitalístico considerando o modo de produção capitalista não só das sociedades capitalistas, mas se referindo ao terceiro mundo e também às economias ditas socialistas, que operam na mesma lógica de produção.

O modelo de assistência se manifesta no modo como os serviços de saúde vêm se conformando para o atendimento das necessidades de saúde; trata-se de um processo histórico e social, produzido nas relações dos homens em sociedade e nos diferentes tempos.

Delineia-se no trabalho em saúde, um território de existência da referência da produção capitalística: trabalho massificado pela informação, pela velocidade, pela mídia, pela tecnologia informatizada, pela produção de doenças e das respectivas curas. Essa produção é também produtora de subjetividades que se encontram comprometidas, desesperadas, regredidas, infantilizadas. (GUATTARI, 1995)

A produção capitalística se deslocou, se esparramou para distintos campos da vida, “ampliando seu domínio sobre o conjunto da vida social, econômica e cultural – e em “intenção” - infiltrando-se no seio dos mais inconscientes estratos subjetivos.” (GUATTARI, 1995, p.33). No campo da saúde, a produção capitalística se espraia no modo de produzir, pensar, sentir, cuidar e viver.

Para Merhy; Cecílio; Nogueira Filho (1991), o que caracteriza os modelos de assistência está relacionado com questões como a definição de saúde e do que se recorta como objeto de trabalho, os instrumentos e saberes colocados em ação e o projeto político em viabilização. Todas essas variáveis se articulam diretamente no fazer cotidiano dos trabalhadores e desse modo os trabalhadores e usuários em suas relações conformam os modelos de assistência ao mesmo tempo em que são também produzidos como trabalhadores e usuários nesse trabalho.

Essas características do modelo de atenção em saúde podem ser demarcadas, assinaladas: cartografia que registra em um dado momento as linhas em produção que configuram o território instituído das práticas de saúde e seus movimentos instituintes.

O território instituído da produção saúde se constrói na reprodução de sua significação e muitas vezes interpõe o apagamento da solidariedade e da responsabilização, na polarização trabalhadores/usuários, no sentido capitalístico do viver e morrer.

Nesse campo de produção muitos projetos se constituem e se estabelecem em disputa, projetos que demarcam posicionamentos políticos, que no cenário das práticas em saúde vão predominando, ou não, numa arena, cenário de guerra.

Então os territórios-saúde/doença e os modelos assistenciais são resultantes de distintos projetos em disputa, e nesse sentido, falar em modelo assistencial é se referir à complexidade, a forças, instituições, linhas, poderes, atores sociais que protagonizam projetos e/ou reproduzem o fazer capitalístico.

Um grupo de trabalhadores de saúde pode se constituir em um ator social que estará colocando em ação um dado projeto. Ou seja, mesmo sem que se perceba, com o desenvolvimento do trabalho em saúde, com os saberes postos em ação, com o uso de determinados instrumentos e tecnologias, os trabalhadores viabilizam projetos.

Processualizar os modos de produção dos atuais projetos, que estão naturalizados, trabalhadores saberem-se viabilizando projetos que estão em disputa, saberem-se portadores de projetos e construir projetos coletivos são movimentos a serem disparados para interrogar os atuais processos de trabalho em saúde.

Em Ribeirão Preto, Almeida (1991) analisou o processo de trabalho e as práticas de enfermagem na rede básica de serviços de saúde, vindo a assinalar que o modelo assistencial vigente estava centrado na consulta médica e medicalização da queixa dos usuários. As práticas de saúde se viabilizavam naquele momento com ações cotidianas voltadas para o projeto

que toma a saúde como presença ou ausência de doenças e que, portanto, ações como a medicalização dos sintomas, a passagem de informações eram identificadas como “dando conta” das questões de saúde e isso norteava as intervenções e os fazeres.

Pode-se dizer que estava distante a concepção do processo saúde/doença como resultante de uma produção social onde a exclusão, a diferença de possibilidades, de acesso a condições de existência (emprego, moradia, alimentação, etc) determinam o processo de adoecer.

Outro estudo no município mais recente, realizado em 1998-1999, através da ABEn (Associação Brasileira de Enfermagem) e do International Council of Nursing (ICN), denominado CIPESC (Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva), demonstra que algumas ações que Almeida (1991) assinalava como não presentes na rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto, naquele momento, hoje estão sendo desenvolvidas, dentre elas: visitas domiciliares, implantação de programas específicos de saúde nas áreas da mulher, criança, adolescentes, adultos (hipertensão, diabetes entre outros).

Convém lembrar que hegemonicamente ainda temos a centralidade do fazer alicerçado na consulta médica e na medicalização das queixas dos usuários, ou seja, não se alterou de modo significativo o projeto que já vinha em curso, bem como a concepção predominante sobre saúde e doença. (MISHIMA *et al.* 1999)

Esses estudos locais em Ribeirão Preto e outros no Brasil, vão apontando um descompasso entre o ideário que sustenta o projeto da reforma sanitária brasileira que prevê a humanização da assistência, o acesso universal, a integralidade nas ações, e a resolutividade dos serviços e a atual conformação dos serviços.

Um descompasso que reatualiza as noções de saúde recalcadas no indivíduo, no corpo, na bactéria e que reclama a institucionalização, a reedição das instituições totais que disciplinam o normal e o não normal, o doente e o sadio.

Esse descompasso gesta a necessidade de mudanças. Levy (1994), no artigo que se intitula “ *A mudança: esse obscuro objeto do desejo*” apresenta apontamentos interessantes e é desse autor que tomamos a conceituação da mudança que se pode esperar nos microespaços de trabalho em saúde, onde trabalhadores portam e viabilizam projetos. Melhor dizendo, esse autor sinaliza a mudança com a qual essa investigação pretende contribuir apontando, contradições, complexidades e possibilidades de quebras.

Com efeito a vida se conserva reproduzindo-se (termo que não deve ser confundido com a repetição do mesmo, que é a morte), reprodução das espécies, reprodução das instituições, reprodução das idéias...

O termo mudança poderia, pois, legitimamente, designar tudo o que está vivo; porém tal definição é geral demais para ser útil. Com efeito, o desenrolar de uma existência, seja a de um indivíduo ou de um grupo, não se reduz a esse processo evolutivo, lento e ininterrupto. Ele se traduz, também, por momentos de descontinuidade que marcam fraturas no destino, reorientações bruscas, mutações, redirecionamentos, freqüentemente não isentos de violência. Mesmo se, posteriormente, esses acontecimentos pareçam ter sido inelutáveis, eles não podem ser previamente enunciados. Como já dissemos a mudança, desse ponto de vista, é um acontecimento ou um fato que introduz uma ruptura na vida do sujeito, [...] mudar não é submeter-se inteiramente à lei da repetição [...], é acontecer, é se abrir a uma história, à aventura, ao risco [...] pelo aparecimento e exame de elementos de significação verdadeiramente inéditos (LEVY, 1994, p.115-116)

Para esse autor a mudança é um processo que antes de se objetivar passa pelo acontecimento psíquico, ou seja, é um processo também subjetivo.

Propor mudar o modelo assistencial hegemônico é também se abrir para acontecimentos que possam modificar a produção dos significados, a produção do jeito de pensar e fazer dos trabalhadores sobre seu trabalho, sobre a saúde e sobre a vida.

Um abrir-se para a história, para o inédito, para a incerteza com a certeza de que não-se-sabe, de que se vive, e vive-se o que não pode ser previamente enunciado. A vertigem do desconhecido, do estranhamento, do acontecimento, que tira o chão do conhecido das práticas de saúde, é essa mesma a possibilidade da mudança. Vale a pena lembrar que os processos

não têm mesmo receitas, mas precisam ter um norte; o norte que desejamos para a mudança do trabalho em saúde é o da vida em acontecimento, da vida como possibilidade de protagonizar e não só reproduzir ou repetir (já que a repetição é morte).

Para o setor saúde no país quais têm sido as possibilidades apontadas para a mudança? O Programa de Saúde da Família (BRASIL,1998) , Distritos Sanitários e territorialização (MENDES, 1994, TEIXEIRA; MELO, 1995), Cidades Saudáveis (SILVA JUNIOR, 1998), Equipes de Referência e Método da roda (CAMPOS 1997b e CAMPOS, 2000), são alguns exemplos de estratégias para uma possível mudança.

O Ministério da Saúde reitera em publicações seu projeto para saúde no país, tendo, discursivamente, a finalidade da mudança do modelo assistencial através da implantação do Programa de Saúde da Família. Para tanto, vem repassando recursos financeiros aos municípios que aderem a essa proposta e está investindo na capacitação de trabalhadores através dos Pólos de Capacitação e Formação de Recursos Humanos em Saúde da Família¹⁰. (BRASIL, 1998)

Os trabalhadores previstos no Programa de Saúde da Família são os agentes comunitários de saúde, médico generalista, enfermeira, auxiliares de enfermagem e mais recentemente houve a inclusão de trabalhadores da odontologia.

As diretrizes para a mudança do modelo assistencial na proposta do Ministério da Saúde inclui a adscrição de um número de famílias para cada equipe, o diagnóstico e planejamento local, ações estabelecidas para a abordagem dos problemas identificados prevendo a integração dos diversos níveis de atenção, a intersetorialidade, o trabalho de equipe, a responsabilização e o vínculo com os usuários.

Essa proposta encaminha-se para uma pretensa homogeneidade nas práticas de saúde em todo o país, se configurando numa possibilidade que se coloca como mudança, mas que pode se instituir como reprodução

¹⁰ Recentemente os Pólos estão em processo de reformulação, constituindo Pólos de Educação Permanente, não só em saúde da Família, mas prevendo articulação de formação e capacitação para o SUS em todos os níveis de atenção.

do já conhecido e habitado da produção em saúde: o fazer médico centrado, o diagnóstico, a receita.

Essas diretrizes podem conformar um dado projeto, projeto tecnológico que no cenário de disputas poderá ou não prevalecer viabilizando-se no cotidiano ou se constituir apenas como um discurso participativo, democrático e humanizador. Pode viabilizar de fato mudanças para que nada se modifique. Bleger (1991) discute nas instituições a possibilidade da mudança para que tudo continue como estava.

De qualquer modo, para viabilizar um PSF que se articula como possível estratégia para efetiva implantação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira, é preciso que consideremos a multiplicidade, a complexidade, a produção de subjetividades, o modo como os trabalhadores e usuários de um dado estabelecimento se apropriam, entendem, e tomam para si ou não esse projeto ou seja, se lhes é ou não pertinente o projeto que propõe saúde como direito social.

A proposta da implantação do Programa de Saúde da Família encontra os municípios brasileiros com realidades distintas no sentido da organização do sistema de saúde. Alguns dispendo de precária rede de serviços, outros dispendo de ampla rede de atenção básica e com organização dos níveis de alta complexidade.

Esse é o caso de Ribeirão Preto, cidade do interior do Estado de São Paulo, em gestão plena do sistema de saúde que conta atualmente com 33 Unidades Básicas e Distritais de Saúde, 8 hospitais filantrópicos e conveniados, sendo um Hospital de Clínicas ligado a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCRP-USP) e sua Unidade de Emergência, um Hospital Psiquiátrico, um Núcleo de Atenção Psicossocial para fármacos dependentes, um Núcleo de atenção Psicossocial, um Núcleo de Atenção ao portador de deficiência física, um Ambulatório Regional de Saúde Mental, um Núcleo de Gestão Assistencial (ambulatório de especialidades)¹¹.

¹¹ Para maiores informações sobre a rede de saúde do Município de Ribeirão Preto, consulte o site: <http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br>

Nesse contexto, a implantação de equipes do Programa de Saúde da Família pode se fazer de distintos motivos: pelo repasse de recursos, pela proposta de mudar o modo de produzir saúde, pela maré.

Algumas equipes estão sendo implantadas junto as Unidades de Saúde já existentes, como é o caso da Unidade onde realizamos o presente estudo, ou em espaços específicos destinados a esse fim (casas alugadas, bases de apoio comunitário, etc).

A convivência de trabalhadores inseridos aparentemente em propostas distintas de trabalho e em um mesmo espaço de trabalho e lida configura interessantes aspectos de produção da crise, dos trabalhadores, das relações e da equipe de saúde.

Enfim, há que se olhar ainda para as contradições limitantes de uma estratégia que pode estar pondo em ação a sociedade mundial de controle nos micro-espços sociais como veremos a seguir.

1.4 Programa de Saúde da Família e a Sociedade Mundial de Controle:

Os trabalhos em saúde se viabilizam através dos atos do conjunto de trabalhadores, que ao colocarem em ação determinados saberes/fazeres colocam também em ação diversos projetos.

Os trabalhadores de saúde em relação uns com os outros e com os usuários colocam em movimento a instituição saúde e também outras instituições: a linguagem, a divisão técnica e social do trabalho, a escola, entre outras.

Trata-se de um trabalho especial, como veremos adiante, pois o trabalhador é matéria-prima e autor ao mesmo tempo e, ainda, porque na produção em saúde o resultado é um bem não material.

O PSF se viabiliza através da equipe e como outras práticas de saúde vive os atravessamentos e possíveis transversalizações do modo de produção social. Desse modo o PSF expressa as contradições de nossa época.

Atualidades como a “guerra” dos Estados Unidos e Iraque, (tendo o primeiro as características de império), a ausência da identificação de um inimigo nominável (antes os inimigos eram os comunistas, agora quem são?), o comércio mundializado, as câmaras de vídeo instaladas por todos os lados, a crescente procura por condomínios fechados para moradia, os espetáculos televisivos de câmaras ocultas que revelam a intimidade da casa, nos colocam a atualidade da discussão proposta por Hardt (2000) e Deleuze (1992).

Hardt (2000), em seu artigo “A sociedade mundial de controle”, auxilia-nos a relacionar a atual organização da sociedade de controle com nosso cotidiano. Através desse autor e do próprio Deleuze (1992), podemos refletir sobre as potências e limites apresentados pelo PSF para uma efetiva mudança de modelo assistencial na atenção primária em saúde no Brasil.

O autor relê Deleuze e descreve os modos de passagem da sociedade disciplinar, descrita por Foucault, para a sociedade de controle e, ainda, articulando outras passagens como a da sociedade moderna para a sociedade pós-moderna.

A sociedade disciplinar dos séculos XVIII , XIX e XX, caracterizada por confinamentos em espaços fechados subsequentes, vive agora um processo de confinamento aberto e contínuo. Primeiro vivia-se no espaço da família, depois na escola, na caserna e na fábrica. Os hospitais e prisões eventualmente interrompiam a seqüência de confinamentos abertos. Hoje há um controle generalizado com o apagamento da divisão entre os espaços públicos (da rua e da política) e os espaços privados (da casa), já não há mais dentro e fora.

A família, as prisões, as fábricas, as escolas, os hospitais enfim os diversos meios de confinamento sofrem uma crise generalizada, modificando-se em suas expressões, pois em cada uma dessas instâncias marcava-se um recomeço, um começar de novo: começo com a família, recomeço com a escola, depois a fábrica, numa diferenciação que se perdeu na sociedade de controle, em que nada mais acaba, tudo continua.

A fábrica virou empresa modificando as relações trabalhistas desmanchando dois pólos antes demarcados: de produção e de salários; na empresa, os trabalhadores passam a ter uma modulação de salários, por um sistema de premiação diferenciada.

Na fábrica de antes havia os trabalhadores que formavam uma massa, muitas vezes mobilizada em resistência pelos sindicatos, mas também em bloco vigiada pelo patrão para maior produção.

As escolas não mais terminam. Fala-se em formação continuada, avaliação continuada. A escola está dentro da empresa, a empresa na família, a saúde na família.

As reformas passam a estar nas pautas em discussão: reformas no ensino, na saúde, no sistema carcerário e para Deleuze (1992) trata-se de “passar tempo” reformando até que a sociedade de controle se instale de vez.

Particularmente aqui interessa-nos as reformas do setor saúde uma vez que o Programa de Saúde da Família vem anunciado como uma estratégia de mudança do modelo assistencial a fim de implementar os preceitos da reforma sanitária brasileira e viabilizar os princípios do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 1998).

Para Deleuze (1992), ao mesmo tempo que a desospitalização pode produzir inícios de novas liberdades, instaura um controle generalizado:

Não se deve perguntar qual o regime mais duro, ou o mais tolerável, pois é em cada um deles que se enfrentam as liberações e sujeições. Por exemplo, na crise do hospital como meio de confinamento, a setorização, os hospitais-dia, o atendimento no domicílio puderam marcar novas liberdades, mas também passaram a integrar mecanismos de controle que rivalizam com os mais duros confinamentos. Não cabe temer ou esperar, mas buscar novas armas (p.220).

Quais seriam as liberações e sujeições postas em ação no PSF ?

No PSF as fronteiras do dentro e do fora desaparecem: é preciso atuar extra-muros pois os muros das Unidades de Saúde estão sendo desmanchados.

A produção de saúde sai da Unidade de Saúde, vai para a rua como nas caminhadas com os diabéticos e hipertensos, por exemplo; vai para as

praças, para as casas. O público e o privado estão simultaneamente: privatizados e publicizados.

A família antes privada agora é pública no sentido de que suas mazelas, suas doenças e agravos são de domínio dos trabalhadores, sendo esses aspectos muitas vezes revelados pelos vizinhos, parentes, pastores evangélicos, farmacêuticos, enfim, as paredes da casa não mais são opacas, são translúcidas e transparentes para os trabalhadores do PSF: um panóptico.

O panóptico era um edifício transparente referido por Foucault (apud FRANCISCO, 2000). Em forma de anel, possui celas visíveis todo o tempo por um vigilante que, embora veja em todas as direções, não é visto.

Na sociedade mundial de controle o número virtual, a senha substitui a assinatura que indica a posição do indivíduo na massa da sociedade disciplinar.

O cadastro das famílias, os números dos domicílios, a categorização das famílias em “de risco” ou não “risco” são modos de operar no PSF em que a visita mensal às famílias é um instrumento de controle eficiente. Através dela se questiona e se registra: quem se mudou, quem adoeceu, quem se desempregou, quem nasceu, quem morreu.

A liberdade em potência estaria no menor valor das medidas prescritivas que se mostram insuficientes a partir da ida aos domicílios. Já não é possível tratar uma diarreia, por exemplo, prescrevendo água fervida, re-hidratantes orais, antibióticos, sem considerar a falta da água, a falta da mãe, a falta de vontade de vida.

Também há potência de produção de cuidado a partir do estabelecimento de vínculos e de laços de solidariedade entre o conjunto de trabalhadores e as famílias.

Paradoxalmente essa situação mobiliza o conjunto dos trabalhadores para um “buraco negro” de desalento, impotência e vitimização.

Na sociedade mundial de controle, na produção de saúde, como em toda produção, acontece a produção de subjetividades.

Neves (1997) pergunta-se que tipo de subjetividade está em produção no cruzamento da sociedade mundial de controle e o neoliberalismo:

A sociedade de controle, por paradoxal que possa parecer, produz ao mesmo tempo desterritorialização contínua e subjetivações serializadas e homogeneizadoras. Cria necessidade de acompanhamento das últimas novidades tecnológicas, de busca de imagens de competência, de roupas de grife, do carro da moda, da leitura do livro mais recente..., laminando os sujeitos no campo da falta, da desqualificação e segregação cotidianas. Produz subjetividades solitárias, cada vez mais voltadas para dentro de si, magnetizadas com suas imagens nos espelhos fornecidos pelo capital. Subjetividades estas que retiram os homens da história, circunscrevendo seu conhecimento “a seu interior”, “a busca de si mesmo” e tem como um de seus efeitos a produção de distância, de paralisia e individualização (p. 90).

Outro aspecto interessante da sociedade mundial de controle é a inclusão diferencial da diferença. Se antes havia o racismo colocando estratificações de superioridade e inferioridade através da cor, agora há um racismo ainda mais profundo e intenso.

Para Hardt (2000) o racismo não diminuiu, como afirmam alguns autores, mas se modificou: passou dos aspectos biológicos (cor da pele, raça etc) para os aspectos culturais conservando os princípios de separação social agora incorporados em uma dada posição pluralista.

Há segregação porém, não a da hierarquia: “Na sociedade de controle, o racismo imperial ou diferencial integra os outros em sua ordem e, em seguida, orchestra tais diferenças em um sistema de controle”. (HARDT, 2000, p.366)

Na lida cotidiana de uma equipe de saúde do PSF acontece uma dada inclusão, o acesso dessas famílias ao sistema de saúde certamente vem aumentando no SUS e o PSF corrobora com esse aumento de acesso, mas, não se trata de uma inclusão diferencial? Uma inclusão diferenciada que permite no caso da saúde acesso ao mínimo do mínimo das ações de atenção primária mantendo sob um pretenso controle uma maioria excluída?

São questões importantes a serem tratadas nesse estudo a fim de não tratarmos ingenuamente as propostas de mudança que colocamos em ação.

Sigamos com Neves (1997):

Nosso desafio é, portanto, escapar das máquinas sociais produtoras de paralisia, percorrendo as linhas nômades habitadas pelo devir, pelo inesperado e conectadas com o desejo e a expansão da vida. Inventando outros territórios, fluidos e temporários para a escola, para o mundo do trabalho, para a família..., nos aliando com as máquinas de guerra que funcionam para evitar a captura do desejo pelas máquinas produtoras de subjetividades serializadas e subjetividades metastases (p. 90)

Nosso desafio: por um PSF produtor de subjetividades singularidades, que se interroge frente a sociedade mundial de controle, que faça a inclusão plena da diferença, a defesa da vida e do cuidado - PSF a *la* Bichuetti (2003): “Por uma prática transversal de inclusão, de cidadania e solidariedade”.

1.5 A Saúde em crise, a crise das equipes- A equipe flexneriana e a equipe corpo-passagem:

A saúde em crise, as instituições em crise, os trabalhadores em crise. A sociedade disciplinar em passagem para a Sociedade Mundial de Controle. Esses são alguns dos aspectos das paisagens pelas quais adentramos.

Percorrendo espaços estriados das crises, sabemos das passagens dos espaços lisos para os estriados, dos estriados aos lisos. As linhas não cessam de passar.

É nos microespaços que as cartografamos. A equipe de saúde é composição dos microespaços que atualiza as linhas de segmentaridade dura, flexível e de fuga: a equipe é molar e molecular, é instituição e instituinte, ao mesmo e a um só tempo.

Comentando a crise da saúde, Mendes (1996) se referiu ao paradigma flexneriano presentificado no trabalho em saúde. Façamos uma parada para pensar no modo de trabalho da equipe flexneriana.

Abraham Flexner foi o responsável por um relatório que redefiniu a formação médica nos Estados Unidos e Canadá em meados dos anos 40 e que também serviu de base para outras formações na saúde. Seu relatório

que avaliava escolas médicas apontava fragilidades na adoção dos modelos cartesianos e newtonianos de ciência, fez sugestões baseadas na incorporação desses modos de ciência, e também dos princípios capitalistas em expansão.

A equipe flexneriana forma-se de um conjunto de trabalhadores especializados nas partes e sistemas do corpo humano: causas e efeitos, ação e reação, o saber fundante é o do corpo biológico. O principal agente é o médico: entre os médicos há aqueles especializados num dado sistema ou órgão, e entre eles há hierarquias de poder/saber.

Outros trabalhadores se agregam para dar condições ao trabalho médico. O nutricionista para alcançar a nutrição pretendida para uma cirurgia, melhorar o estado geral, a enfermagem para limpar, desinfetar, alimentar, medicar, esterilizar. Enfim, o modo de trabalhar dessa concepção flexneriana nos é bem conhecido, composição do modelo assistencial médico-centrado e hiper-especializado.

A “equipe-flexneriana”, faz frente a um dado paradigma norteador das ações de saúde e que para autores como Paim & Almeida Filho (2000) precisa ser superado.

Debatendo sobre a crise da saúde pública esses autores afirmam:

A oportunidade para combater o complexo “promoção-saúde-doença-cuidado” em uma nova perspectiva paradigmática, mediante políticas públicas saudáveis e participação da sociedade nas questões da saúde, condições e estilo de vida, implica a “necessidade de construção de um marco teórico-referencial capaz de reconfigurar o campo social da saúde, atualizando-o diante das evidências de esgotamento do paradigma científico que sustenta as suas práticas (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000, p. 75)

Uma equipe na direção da saúde como produção social irá se debater com o modo conhecido de operar da equipe-flexneriana, e precisará trabalhar com outras referências para a saúde-doença, para o trabalho e para a vida.

Tomando o corpo como objeto, a equipe flexneriana estava presente na sociedade disciplinar e está agora na sociedade de controle. Para Passetti (2002) os corpos têm tratamento diferente na sociedade de

soberania, na disciplinar e de controle — esse autor se fundamenta em Foucault e Deleuze:

Os investimentos na produtividade do corpo aperfeiçoaram-se e acumulam: na sociedade de soberania, castiga-se; na disciplinar, busca-se utilidade econômica e docilidade política; na de controle, exige-se participação e fluxo inteligente. Efeitos inibidores de resistências também não cessam de trafegar entre o direito de morte, o de deixar viver e fazer viver (PASSETTI, 2002, p. 123)

A equipe flexneriana docilizando a divisão demarcada de saberes/poderes exige-se equipe com participações aparentes, com fluxos de inteligência para sua permanência. O corpo dos trabalhadores e o corpo dos usuários são para consumo.

Espraia o viver capitalístico: o corpo a ser consumido, o despojamento dos saberes das classes sociais pela medicina moderna, a institucionalização do corpo com a medicina, da alma com as religiões, dos saberes com as universidades, entre outras institucionalizações.

Fragmentos de saberes/poderes/afetos compõem-se equipe flexneriana preocupada com os corpos que estão cheios de órgãos.

Seu espaço é estriado, organizado e orgânico:

No espaço estriado, fecha-se uma superfície, a ser “repartida” segundo intervalos determinados conforme cortes assinalados; no liso “distribui-se” num espaço aberto, conforme frequências e ao longo dos percursos. (DELEUZE; GUATTARI, 2002 b, p.188)
Nunca nada se acaba: a maneira pela qual um espaço se deixa estriar, mas também a maneira pela qual um espaço estriado restitui o liso, com valores alcances e signos eventualmente muito diferentes. Talvez seja preciso dizer que todo progresso se faz por e no espaço estriado, mas é no espaço liso que se produz todo devir (DELEUZE; GUATTARI, 2002 b, p.195).

A equipe flexneriana é fragmentada mas seus pedaços estão ordenados: primeiro o saber/fazer médico, depois... Em oposição aparente a equipe flexneriana está a equipe colcha de retalho que junta as partes despreocupadamente. O critério de belo é outro.

Os bordados seguem os traçados, se fazem seguindo linhas determinadas. A colcha de retalho se processa em devir-criação. (DELEUZE; GUATTARI, 2002b).

Equipe colcha de retalho junta saberes/fazeres se perguntando se funciona e como funciona, não tem traçado fixo, se move ajustando pedaços, cores e texturas.

Espaço liso se faz equipe colcha de retalho.

Se tudo é vivo, não é porque tudo é orgânico e organizado, mas ao contrário porque o organismo é um desvio da vida. Em suma, uma intensa vida germinal inorgânica, uma poderosa vida sem órgãos, um Corpo tanto mais vivo quanto é sem órgãos, tudo se passa entre os organismos (DELEUZE;GUATTARI, 2002b p.212).

A equipe se passa “entre” trabalhadores, afetos, acasos, retalhos e intensidades.

Os trabalhadores transitam-se equipe em espaços lisos e estriados, equipe flexner/bordado, equipe/colcha-de-retalho, uma fazendo-se passagem a outra. E como dizem Deleuze e Guattari (2002 b):

O que nos interessa são as passagens e as combinações, nas operações de estriagem, de alisamento. Como o espaço é constantemente estriado sob a coação de forças que nele se exercem; mas também como ele desenvolve outras forças e secreta novos espaços lisos através da estriagem. Mesmo a cidade mais estriada secreta espaços lisos: habitar a cidade como nômade, ou troglodita. Às vezes bastam movimentos, de velocidade ou lentidão, para recriar espaço liso. Evidentemente os espaços lisos por si só não são liberadores. Mas é neles que a luta muda, se desloca, e que a vida reconstitui seus desafios, afronta novos obstáculos, inventa novos andamentos, modifica os adversários. Jamais acreditar que um espaço liso basta para nos salvar (p.214)

Desmontar as referências do corpo, da centralidade, do tronco e das árvores. Desacelerar e acelerar a equipe em suas referências, desterritorializar.

Sant ‘Anna (2001) nos guiará em reflexões sobre os corpos e as passagens. Estão em curso diferentes modos de pensar a relação com o corpo na atual sociedade contemporânea. O corpo e a velocidade se entrosam impondo um certo jeito moderno de viver: o peso do corpo atrapalha a agilidade e por isso a gordura é intolerável.

O corpo “em forma” é produto comercializado nas drogarias, nos consultórios especializados em cirurgia plástica e bem viver, nas versões light e diet apresentado pela indústria alimentícia. O corpo é massa para ser esculpido nas academias que prometem modelagem, curvas: estátuas ?

A morte, ninguém mais a suporta, e ela é penosamente adiada nas aparelhagens das UTIs. O envelhecimento é refutado imprescindendo do apagamento das rugas via bisturi em plásticas, as marcas do tempo no rosto são vincos que envergonham: preencher as rugas com Butox!!!

Ao mesmo tempo, a vida é banalizada: mata-se por um copo de cerveja, algum dinheiro, ou outro motivo torpe qualquer. Corpo e vida valem muito e não valem nada.

Sant 'Anna (2001) fala da boa forma que coloca o corpo como bagagem: um dia a boa forma vai embora. O que fazer com o corpo?

O corpo passageiro produz angústia ante ao envelhecer e ao morrer; é preciso torná-lo corpo de passagem. Essa autora segue a idéia de várias religiões em que se empresta o corpo para “entidades” se colocarem, cavalo para espíritos e divindades: o corpo — a passagem. Passagem para vários personagens, para diversos devires.

Ainda para Sant 'Anna (2001) a alma não mora no corpo como um submarino no mar. Espuma que se espraia das ondas e na areia, a alma é o próprio mar. O corpo impuro versus alma pura se abrem nessa metáfora para um grande mar; se não há carapaça do submarino envolvendo a alma, também deixa de haver o temor do naufrágio, da morte: como temer a água sendo já ela própria?

Vejamos isto escrito poeticamente pela autora:

Um corpo tornado passagem, é, ele mesmo, tempo e espaço dilatados. O presente é substituído pela presença. A duração e o instante coexistem. Cada gesto expresso por este corpo tem pouca importância “em si”. O que conta é o que se passa entre os gestos, o que liga um gesto a outro e, ainda, um corpo a outro. Quando o corpo é aberto e se transforma em passagem, a dissolução da distância entre consciência e inconsciência deixa de ser utopia ou sinônimo de redução da percepção (SANT 'ANNA, 2001, p.105)

O que conta é a interface dos corpos, os modos como se afetam, o *entre*, a equipe que se abre a essa referência de corpo passagem, assim faz-se “entre” trabalhadores, retalhos, saberes, usuários, fazeres. Não tem alma, é também a alma, a alma é o cuidado: cuida-se e cuida.

Porque não é a alma que se abre para acolher o sagrado e, em seguida, se recolher para os confins da intimidade de cada um. A

alma se abre para ser espalhada no corpo, tal como a espuma das ondas se dilata e se dispersa no mar. A alma deixa de ser uma espécie de submarino blindado navegando nas profundezas do corpo fluído do mar, sempre tentando partir ou chegar. Porque ela se desrealiza enquanto embarcação que não cessa de viajar pelas vias do corpo, este se transforma em passagem. Aqui a alma não é mais um elemento destacado do corpo feito relíquia. Deixou de ser submarino para ser água e areia, mar de sensações, universo precioso de elos liberado do risco de naufragar. Pois o mar não naufraga. E também não precisa ser salvo. Necessita apenas marear (SANT'ANNA, 2001, p.105-106)

Equipe corpo-de-passagem: *cavalo* onde o usuário precisará e poderá depositar suas angústias.

A equipe oferece seu corpo, mas, pensemos corpo conforme propõe Deleuze e Guattari (2000, p.43): sem órgãos — “O corpo sem órgãos não é um corpo morto, mas um corpo vivo, e tão vivo e tão fervilhante que ele expulsou o organismo e sua organização...”

Nele, mão, pé e cérebro se desprendem de suas definições e contornos se fazendo um corpo vibrátil. A equipe-corpo-sem-órgão, sem contornos e vibrátil pode vir a ser intermediária para o devir muitas vidas.

Sant'Ana (2001) fala da ordem castrando a sutileza: como seria uma equipe sutil? Uma equipe desprendida das ordens, que se estabelece conforme a situação e que se propõe a viver outro ritmo que não o da pressa e o do fazer procedimentos.

A equipe empresta o corpo assim como o supervisor da equipe empresta seu corpo para ser *cavalo*, permite uma sintonia que desterritorializa. O batuque das sessões grupais, dos encontros com as famílias, as diferentes sensações desterritorializam a equipe.

É preciso permitir o desterritorializar do corpo de órgãos, da fragmentação do corpo e da equipe, do centro, da origem, das partes de diferentes valores, para reterritorializar nômade, fazendo do desterritório o território, devir-passagem! Desterritorializar o corpo e construir um corpo vibrátil.

No encontro, os corpos, em seu poder de afetar e serem afetados, se atraem e se repelem. Dos movimentos de atração e repulsa geram-se efeitos: os corpos são tomados por uma mistura de afetos. Eróticos, sentimentais, estéticos, perceptivos, cognitivos.... (ROLNIK, 1989, p.25).

Um corpo vibrátil, afetando e sendo afetada, a equipe pode se fazer passagem, se devir. Equipe que se conhece repulsão e atração.

A velocidade, a pressa e a cisão entre os diversos trabalhadores e as barreiras que produzem entre si mediante seus fazeres e saberes, pouco tem permitido a equipe como cavalo-médium, como corpo vibrátil, e como devir-possibilidade-de-setting-terapêutico.

Equipe colcha de retalho mutante, equipe cavalo, corpo-sem-orgão e vibrátil, capaz de se fazer máquina-de-guerra-não-bélica, sugere vínculos, cuidados, produção de subjetividades singulares, desmonte de referências totalizantes.

Equipe de trabalhadores e usuários em movimentos que se permitam a indefinição de modelos e receitas à priori, a invenção frente à complexidade da vida e frente a incerteza, contato com o finito ilimitado.

A lida para a vida, a vida como obra de arte.

Porque então guerra? Máquina-de-guerra-não-bélica? Porque luta contra a compressão, os desmandos, a tutela, a dependência, a onipotência. A busca é a da expressão artística inédita e passageira como as bricolagens.

1.6 Reflexões sobre o trabalhador/usuário de serviços de atenção básica: ferramenta e matéria-prima do trabalho em saúde.

No trabalho em saúde, os trabalhadores são ao mesmo tempo ferramenta e operadores de um trabalho que é pulsação virtual. Se na fábrica o trabalhador opera uma máquina para produzir objetos, na produção de saúde, seu corpo, conhecimentos, desejos, afetos e desafetos, enfim sua subjetividade, é também a máquina de produção de saúde.

Na saúde não se produz objetos concretos, mas imaginários de possibilidades para a continuidade do seguir na vida.

Gente com dificuldade de prosseguir a vida trabalhando, com dificuldades para morar, sorrir, comer, amar, carnavalizar¹², gente que se percebe interrompida: essa é a clientela dos serviços de saúde.

A tarefa do terapeuta/trabalhador de saúde é a de animar, de produzir vida onde a vida por algum motivo passa reproduzindo e repetindo.

Trabalho árduo, sem fórmulas prescritivas, que se consome no ato de produção desde o encontro do trabalhador com o usuário, podendo consumir também a ambos em aniquilação, e ainda se abrindo para possibilidades do advento de novos devires do trabalhador e do usuário.

A produção de saúde é um fugaz e provisório momento onde matéria-prima — trabalhador/usuário/sofrimento, se devém em outros modos de ser, sentir, significar.

Se escrito desse modo fica complexo, lembremos nossos próprios encontros dos quais “saímos”... sem muito saber exatamente o que ocorreu, mas nos sabemos diferentes, mais vivos, saudáveis, mutantes, perplexos...

Essa é a produção de vidas, múltiplas vidas que está em potência no trabalho em saúde e que autores como Campos (2000) e Merhy (2002) vem desenvolvendo.

É desse modo que decodifico o que Merhy (2002) vem dizendo sobre a potência do trabalho em saúde para descaptura do trabalho vivo.

Na produção capitalística da saúde é um trabalho normativo que se compõe através de regras conhecidas: para cada tipo de dor, desarranjo, um nome patológico que localiza no corpo, ainda que corpo bio-psico-social, a disfunção e que, a priori, tem-se como seguir num manual o como proceder para o restabelecer: um trabalho guiado por um pretense manual de instruções.

O trabalho em saúde faz divisas entre a colocação da vida como objeto de consumo e a vida como fluxo, puro fluxo. No modo capitalista de produção saúde é mais um bem para ser vendido e consumido e que paradoxalmente ao consumir-se como mercadoria se esgota.

¹² Termo dos tribelistas, musica “Carnavália”- Arnaldo Antunes, Carlinhos Brow e Marisa Monte.

Tendências a um esvair da vida do trabalhador de saúde e do usuário que se pelejam numa batalha ora pelo consumo, ora pelo desejo de viver de qualquer outro modo, mas que acaba sendo encaixotado nos modos de normalidade permitidos e aceitáveis.

É da captura da desventura do viver humano como problemática que afeta a produção que emana a necessidade do trabalho em saúde, necessidade que produz o trabalhador de saúde numa relação de depositário de esperanças, de respostas, expectativa de certezas num terreno de incertezas, e, ainda, de normatizador autorizado para falar do que é ou não normal.

O cuidado com a saúde deixou de ser do coletivo, das famílias, das tribos, para institucionalizar-se como trabalho, em organizações que colocam em ação várias instituições: a saúde, a educação, a divisão técnica e social do trabalho, a linguagem e tantas outras.

Instituições conceituadas a partir de Baremlitt (1994) como modelagem de regras e normas nem sempre faladas ou escritas e que operam no cotidiano determinando o que é possível, o que é permitido, aceitável, esperado.

Com a necessidade de observar “purificadamente” cada fenômeno que afetava a saúde das pessoas, surgem os estabelecimentos hospitalares disciplinando os corpos que podiam agora ser dissecados pelos diferentes saberes que mais tarde vão se estabelecer em especialidades.

Da fragmentação emerge a necessidade da equipe numa perspectiva de restabelecimento que também se esfacela numa outra instituição: a divisão técnica e social do trabalho.

Valores sociais diferentes para trabalhos diferentes que postos em ação compõem as organizações da saúde: os postos, os hospitais, os manicômios, os ambulatorios.

A instituição divisão técnica e social do trabalho fragmentado em etapas, momentos, parcelas, trabalhadores, classes sociais, em articulação com a complexidade do trabalho em saúde, compõem a emergência da

equipe: composição de gente diferente para um trabalho imaterial, complexo, divinizado por quem dele necessita, enfim normatizador.

Na produção da equipe estão a fragmentação, o desejo da reconstituição, da completude, da complementariedade e ao mesmo tempo o desejo do destaque individual, da competitividade, da mais importância, das pessoalidades.

Os estabelecimentos de saúde se engravidam de equipes que prometem sua realização e continuidade. Gestam relações entre trabalhadores que permitem sua reprodução como instituição.

Como romper o real com virtualidades? As barreiras do *possível*, do *impossível* e do *real*.

É *possível* que vários trabalhadores se dividam para o trabalho em saúde com distintos fazeres demarcados pelas especialidades, em fronteiras vigiadas pelos especialistas e pelos conselhos profissionais que asseguram na lógica do mercado o que cada um deve e pode fazer.

Ruben ALVES (1998) conta dos urubus becados que cobravam dos sabiás seus diplomas e carteirinhas que os autorizavam a cantar. Na saúde, o conhecimento referente aos processos de nascer, de viver e morrer foram para as mãos dos especialistas; as pessoas comuns e sem formação específica foram despojadas desses saberes e agora precisam dos especialistas.

Se é *possível* fragmentar o corpo, as fases do viver, o gênero para poder tratá-los, se é possível determinar causas para os desarranjos da vida, é *impossível* prescindir desses conhecimentos para viver?

Como o *virtual* romperia passagens para atualizar o real, com um novo absoluto, que escapasse do possível e do impossível?

Uma propositura seria através de equipes de saúde que se esquivassem da posição de imprescindível e que fizesse a sua tarefa de cuidar numa perspectiva em que as pessoas retomassem seus saberes desvalorizados pelos técnicos e re-significassem os processos de nascer, viver e morrer.

O virtual é imprevisível, portanto, é do lugar possível e impossível que pensamos as equipes de saúde, atentando para as brechas, para as linhas de fuga, para o encontro das diferenças, que atualizam o virtual: o diferente.

Do real possível/impossível, para os trabalhadores vai ser importante a idéia de constituição de equipe que os remeta à possibilidade de amparo e de sobrevivência conjunta.

Para Castoriadis (1999) o imaginário cria repercussões, tem potência de criação:

Dizemos que a imaginação é uma “função” dessa alma (e, mesmo, do “cérebro”, aqui isso não atrapalha em nada). Em que consiste essa função? Entre outras coisas, como se viu, em transformar “massas e energias” em seu seio, em transpor barrancos, rupturas, descontinuidades. Nós reagrupamos essas determinações do fluxo representativo (mais geralmente, do fluxo subjetivo, consciente ou não consciente) em uma potência, uma dunamis, teria dito Aristóteles, um poder-fazer-ser, sempre apoiado em uma reserva, uma provisão, um mais possível. A familiaridade imediata com esse fluxo suspende o espanto quanto a sua própria existência e a sua estranha capacidade de criar descontinuidades e em ignorá-las, ao mesmo tempo em que são transportas (p. 278)

O que cria e gera o imaginário do trabalho em equipe? Este faz expectativas iniciais importantes para a aproximação/afastamento dos trabalhadores em saúde.

Construímos uma provisória alegoria sobre o imaginário dos trabalhadores com relação ao trabalho de equipe, aqui comparada a alimentos que movimentam os trabalhadores na busca da equipe.

Equipe satisfazendo gulas – apetites:

As equipes compotas/compostas de alimentos para a sobrevivência dos trabalhadores se constituem de imaginários de junção para satisfação de apetites e de fórmulas fortificantes.

São produções “gostosas” de saborear no imaginário porque no paladar vivido dos serviços são muitas vezes inóspitas ao gosto humano, são diferentes e inatingíveis como os *out-doors*; no mundo vivido são menores, de cores mais desbotadas e meio sem graça.

Equipe milk-shake: é uma mistura mix de coisas gostosas, de sabores gostosos como morangos, chocolate e leite.

Os sabores gostosos dos fazeres conjuntos e completantes que se fundem numa mistura onde chocolate, morango e leite deixam de existir para dar um outro gosto gostoso. Soma, mistura, fusão...

Todos juntos, pensando num só objetivo e falando a mesma linguagem.

Equipe salada de fruta onde os sabores separados das diferentes frutas são colocados juntos mas sempre há um sabor predominante. Abacaxi, tangerina, limão, não se contentam em estar juntos precisam sobressair e passar sua essência para a maçã, pêra e outras frutas que cedem em seus sabores.

Todos juntos, guiados por alguém, um responsável pelo resultado final, cada um fazendo sua parte.

Equipe bolo: mistura onde os ingredientes iniciais se mesclam, se transformam, formando outra coisa, o fogo, o fermento, a forma, fazem da farinha, ovos e de tudo mais uma massa crescida e saborosa.

Todos juntos, misturados, todos fazem tudo, a massa cresce, dá certo porque se unifica nas provações do fogo.

Essas formulações alegoricamente representadas aqui por alimentos são importantes para os trabalhadores se permitirem estar juntos e suportarem as hierarquias amalgamadas por saberes e estratificações, um complexo que remete as estruturas familiares: uma equipe grande família.

Mesmo sendo importantes como motores para buscar-se a equipe, esses imaginários carecem de revisões e reflexões pois nem sempre o bolo cresce e fica gostoso, nem sempre a salada de frutas está apetitosa, nem sempre o milk-shake é bom.

Os conceitos sobre equipe aprisionam. A equipe totalização, união, reconstituição familiar, se descortinam em decepções e em frustrações: paralisia que parece desembocar num faz-de-conta de trabalho que dá muito trabalho para passar como trabalho.

A equipe de saco-cheio-de-atender — a população-que-não-obedece — e que não pode se posicionar dizendo não-vamos-mais-atender, arranja fórmulas de se afastar do cuidado e ainda assim continuar seu trabalho, que vai ser o de camuflar afastamentos do trabalho.

Reuniões clínicas, reuniões de supervisão, visitas domiciliares, qualquer ação que seria instrumento de aprimorar o cuidado pode se estabelecer como espaço de não-trabalho. Vive-se uma paralisia disfarçada de ação.

Como a equipe pode se liberar das suas definições *a priori*? Como se liberar de seus desprazeres e prazeres de cuidar normatizando e descuidando?

Os trabalhadores que compõem a equipe podem se engajar em processos de interrogar-se, colocar-se em processos de auto-análise considerando já de saída que ao desencadearem processos instituintes estes serão logo capturados em instituídos, e então trata-se de criar incessantemente, fazendo-se máquina de guerra não bélica na produção de cuidados e de vida.

Campos (1994, 1997b, 2000), Merhy (1994, 1997a, 1997b, 2002), Baremlitt (199-?, 2003) e outros autores colocam esses desafios para os trabalhadores de saúde a fim de viabilizar a reforma sanitária brasileira e a reforma psiquiátrica. Baremlitt (199-?) propõe modos deleuzeanos de viver a vida como obra de arte: “curar como se vive, viver como se cura”.

Então o nosso desejo é o da produção da vida no trabalho em saúde e a produção do desejo.

1.7 Estratégias dos trabalhadores para prosseguir sobrevivendo ao se depararem com as impossibilidades de realização da equipe totalizante e que dá conta sempre – A equipe resistência.

O paraíso perdido que só pode ser vislumbrado na morte, retorno a mais absoluta fusão nirvânica, é reanimado na busca da equipe. Paradoxalmente a morte ronda o trabalho em saúde que pode liberar vida,

trabalho vivo em ato, mas trabalhadores e usuários produzem estratégias de morte.

Uns que estão interrompidos nos seus fluxos de vida entregam-se aos outros que medicalizam suas dores e seus males, interrompendo-se nas passagens de afetos.

A equipe vai compor-se resistência ao que ameaça a ordem instituída dos que sabem sobre a vida e sobre a morte e dos que não sabem, e, por isso, os consulta.

Equipe que conjuga diversos trabalhadores potencializando o subjugado do poder médico sobre as pessoas — é a essa estrutura dura em funcionamento no pólo paranóide que estamos denominando equipe flexneriana, equipe-resistência: uma composição em prol da manutenção.

Que outros modos equipe poderiam surgir do desmonte da equipe resistência e manutenção?

No arranjo equipe de saúde, se busca a falta: o objeto perdido que os trabalhadores já tiveram e perderam: um dia faziam um todo que se fragmentou nas partes e se perdeu.

Propomos o desmonte dessa referência, fundada na teatralização da formação da personalidade através do complexo de Édipo, para onde a busca humana não cessa de mirar: o lugar da falta, ausência do todo perdido com a castração.

O todo são junções de partes-ao-lado que é uma pequena parte do todo. Com essa noção de partes e todo as equipes são partes ao lado que não atingem o todo: colcha de retalho a ser criada sempre.

Com base nas leituras esquizoanalíticas propomos a noção de que o desejo é imanente, ele prescinde (não necessita) da falta. A equipe pode criar, é interface de afetos, passagem de desejos.

Assim a equipe pode liberar-se do conceito totalizante se permitindo devir em arranjo provisório de trabalhadores e usuários, capaz de satisfazer desejos a procura de objetos passageiros que não se realizam uma única e nirvânica vez, mas muitas e irrepetidas vezes.

As equipes podem se produzir em muitos devires e em incessantes buscas e realizações. *Cavalo* para devires, singulares modos de articulação fazendo-se engenhoca mutante.

Arranjo mutante que pode identificar os motivos de não se encaminhar para o cuidado: “o saco-cheio” e “trabalho de faz de conta” e avaliar as barragens que fazem o desejo se enclausur, permitindo-se pausas para cuidar de si.

Equipe desviante do trajeto da totalização e das respostas aos problemas de saúde para uma perspectiva de interrogação inclusive do que seja problema de saúde.

O pressuposto desse trabalho é a de que é preciso desmontar a equipe totalizadora, restituidora da falta e que se põe em ação como flexneriana e resistência e construí-la como maquinaria-de-guerra-não-bélica: máquina de produção de vida.

A tese defendida é a de que a supervisão externa é um dos espaços onde a própria equipe, pela auto-análise e auto-gestão, pode se desmontar máquina-dura-sem-cintura e se fazer engenhoca mutante. A supervisão é dispositivo, mas também se captura com facilidade necessitando de agenciamentos, maquinações e reavaliações.

Vivemos a supervisão externa de uma equipe objetivando a produção de auto-análise numa contraposição à idéia de equipe restituidora da totalidade e conformada já a partir da contratação dos trabalhadores.

A cartografia que segue aponta os provisórios contornos dessa viagem: a lida de uma equipe “mista” (denominação que faz de si por se compor de trabalhadores do PSF e de uma Unidade Básica de Saúde) para mudar seu processo de trabalho em direção ao cuidado.

1.8 Objetivos:

Estabelecemos os seguintes:

1- Cartografar a experiência de supervisão externa de uma equipe na perspectiva da mudança do processo de trabalho para a constituição de um modo de assistir centrado na produção de cuidados.

2- Analisar as linhas postas em ação pelo dispositivo supervisão, cartografando possíveis territórios na produção da equipe resistência e equipe maquinária de guerra, para a produção da vida e da mudança do processo de trabalho e do modo de assistir.

O caminho metodológico - a cartografia

2.1 O caminho metodológico - a cartografia – cada caminhante faz caminhos e descaminhos e os caminhos são ilimitados e mutantes caminhos.

Há anos,
nos olhos do sol
reza a mesma guerra de regras
ásperas, que incandesce
incessantemente a vigilância.

Sabiá (1985)

Acompanhar as linhas que se formam e se desmancham é a tarefa da cartografia. Cartógrafa autora e cartógrafo leitor, juntos e separados percorreremos, por vezes as sós, por vezes coletivamente, distintos caminhos.

A página é muda, e fico sem escuta ao como o texto te afeta, e imagino. Procuro produzir desterritorializações, ritmos diferentes, encadeamentos, desencadeamentos, rupturas, nada, sentidos.

A escrita também me afeta e me faz derivar, às vezes o texto segue sem controle, queria até deixá-lo mais vezes em piruetas mas logo o reterritorializo, lembro da Universidade, da banca, da tese, e as instituições me atravessam repetência. Pretendo afetar, por isso vou deixando brechas e “entrelinhas”. Nas entrelinhas, linhas mais flexíveis.

Como cartógrafos, você e eu, precisamos situar algumas combinações.

A viagem é passagem, devir-nômade, em que procuramos provisoriidades, procuramos os modos de afetar e de ser afetado. Não há o que descobrir e nem o que ser apropriado, conquistado.

Rolnik (1987) nos auxilia a construir o papel de cartógrafo:

O cartógrafo é um verdadeiro antropófago: vive de expropriar, se apropriar, devorar e desovar, transvalorado. Está sempre buscando elementos para compor suas cartografias. Este é o critério de suas escolhas: descobrir que matérias de expressão, misturadas a quais outras, que composição de linguagem favorecem a passagem das intensidades que percorrem seu corpo no encontro com os corpos que pretende entender. Aliás, “entender” para o cartógrafo não tem nada a ver com explicar, muito menos com revelar (p. 67).

Na nossa viagem não há o que explicar, não há verdades a serem reveladas, tudo é provisório e movimento. Os territórios aparentemente planos se contorcem, o que está estriado se alisa, o liso se estria.

Os territórios segundo Barros (1994) :

Se constitui de linhas, objetos incorporais. Quando os fluxos de um território se encontram com outros fluxos heterogêneos, há um aumento de massa ocasionado pelo deslocamento de partículas dos fluxos numa determinada unidade de tempo. Com o aumento de massa há um aumento de pressão, produzindo-se um quanta, isto é, uma mudança de um estado intensivo para outro (p. 207).

Já nos situamos no território das práticas de saúde, território da construção das equipes de saúde. Equipes em crise como a saúde e a produção de subjetividades, estamos na passagem da sociedade disciplinar para a sociedade mundial de controle, nos estabelecemos no território da análise institucional e da esquizoanálise.

O estudo também conecta-se em territórios de outra cartografia-tese, a de Matumoto (2003). Em interface, ambas foram engendrando-se de tal modo que se atravessam e se transversalizam muitas vezes. Explico: é que vivenciamos a pesquisa/intervenção no “mesmo” espaço/tempo no sentido literal desses termos, embora suas superfícies e fronteiras tenham sido desenhados singularmente desde o modo como cada uma de nós se afetou e foi afetada.

Há uma intensa rede de atravessamentos entre os temas dos dois estudos: a produção de cuidados e de acolhimento, no estudo de Matumoto, e a produção da equipe na presente investigação.

No terreno das relações entre os trabalhadores de saúde, a defesa da dor e o sofrimento humano e da proteção à exploração do trabalho e sobrecarga, vivenciados na lida cotidiana dos serviços de saúde, fazem com que o acolher e o incluir dos usuários fique diametralmente em oposição a equipe: trabalhadores *versus* usuários.

Em atravessamento estão linhas instituindo, que para a aparente sobrevivência do trabalhador de saúde, é preciso o afastamento daquilo que é a razão de seu trabalho: o usuário e suas necessidades. Por outro lado, trabalhadores de saúde construindo vínculos, incluindo, e solidarizando-se

constróem sua própria humanidade no trabalho que transversaliza instituídos abrindo novos devires para a equipe.

Proponho ao cartógrafo-leitor a ousadia de uma viagem que é múltipla em territórios, sentidos e afetos intra-texto e, ainda, é conexão/ruptura com outros terrenos que estão extra-texto: nos mares da relação trabalhador/usuário e da produção de cuidados, que delimita-se num volume de texto-tese distinto. Dois textos: múltiplas viagens, devaneios, atravessamentos e transversalizações.

Para prosseguirmos, vejamos um pouco mais de perto o local do estudo.

2.2 Caracterizando o local do estudo: preparando a embarcação: latitude, longitude, marés.

Trata-se de uma Unidade Básica de Saúde que atendia apenas a uma população materno-infantil. Contava com técnicas de enfermagem, auxiliares de serviço e desinfecção, enfermeira, ginecologista e pediatras.

Está ligada duplamente: ao município e a uma universidade pública de formação médica através de um convênio entre a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP e Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, portanto é local formador dos cursos de medicina, enfermagem, psicologia, entre outros.

Este estabelecimento discursa uma missão representada através de um tripé: ensino-pesquisa-assistência. Se situa em um prédio bastante antigo e num bairro também antigo da cidade.

Há cerca de três anos a Unidade de Saúde passou a contar também com uma equipe de saúde da família: um médico generalista, uma enfermeira, sete agentes comunitárias (hoje conta com cinco). Também passou a ser campo de estágio para médicos residentes em Medicina Geral e Comunitária com ênfase em Saúde da Família, e para enfermeiro em estágio supervisionado.

A população a ser atendida se modificou: antes priorizava crianças e mulheres e atualmente inclui também homens, idosos, adolescentes, enfim famílias da área de abrangência.

A chegada da equipe incluiu uma área adscrita para o PSF dentro da área de abrangência da Unidade de Saúde.

O propósito da inserção dos trabalhadores do Programa de Saúde da Família se fez via universidade, objetivando discursivamente o tripé ensino-pesquisa-assistência, em articulação com a Secretaria Municipal de Saúde.

A contratação dos trabalhadores do PSF se deu por seleção pública via Fundação de Amparo ao Ensino Pesquisa e Assistência (FAEPA- do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto - Universidade São Paulo). A gerência da Unidade de Saúde é realizada por uma trabalhadora e a coordenação da equipe do PSF por um docente da FMRP-USP e também pela gerente.

Com essas informações iniciais fixamos algumas coordenadas. Prossigamos!

2.3 A criação do texto:

A intenção é a de criar um texto-tese-errante, com movimentos: ora é mais formal (careta mesmo), ora é informal e irreverente (se permite devir qualquer coisa).

O formal é a reterritorialização das linhas de segmentaridade dura, se embasa teoricamente, se cerca do aporte teórico metodológico, se investe da linguagem acadêmica.

O informal se desenha palavra a palavra sem idéia clara e tradução precisa, se abre a muitos significados, quer que você crie o seu. Nesses momentos o instituído modo de fazer citações bibliográficas e de formatar o texto foram deixados para produzir efeitos, texturas e tessituras.

Seguimos Levy (2002) na sua metáfora de hipertexto.

Tomando os termos leitor e texto no sentido mais amplo possível, diremos que o objetivo de todo texto é o de provocar em seu leitor, um estado de excitação da grande rede heterogênea de sua

memória, ou então orientar sua atenção para uma certa zona de seu mundo interior, ou ainda disparar a projeção de um espetáculo multimídia na tela de sua imaginação. [...]

O sentido de uma palavra não é outro senão a guirlanda cintilante de conceitos e imagens que brilham por um instante ao seu redor. A reminiscência dessa clareza semântica orientará a extensão do grafo luminoso disparado pela palavra seguinte, e assim por diante, até que uma forma particular, uma imagem global, brilhe por um instante na noite dos sentidos. Ela transformará, talvez imperceptivelmente, o mapa do céu, e depois desaparecerá para abrir espaços para outras constelações (p. 24-25).

Criação e desmanches são também a construção do texto, muitas lidas: de leituras e trabalho. Depois dos programas de edição de texto dos computadores ficou mais fácil entalhá-los. Gosto de duas teclas do computador em especial: salvar e delete, uma faz permanecer a outra sumir, e ambas permanecem e somem com os textos.

Levy (2002) propõe seis princípios abstratos para caracterizar um hipertexto:

- Princípio da metamorfose – o hipertexto é lagarta-borboleta-outro-bicho n vezes. Está em constante construção e renegociação.
- Princípio da heterogeneidade - há nós e conexões num hipertexto: ele se conecta com o leitor, sua memória, sua deriva. Os textos tem conexões molares e moleculares.
- Princípio de multiplicidade – Os nós e conexões são, cada um, abertura para uma rede e levam para múltiplos sentidos.
- Princípio de exterioridade – a rede texto não possui motor interno e nem unidade orgânica: O texto se afeta e faz afetar desde encontros.
- Princípio de topologia – no hipertexto tudo funciona por proximidade e vizinhança. Os conceitos lado a lado formulando provisória geografia.
- Princípio de mobilidade dos centros – No hipertexto não há um centro, há centros móveis e eles são rizomáticos: crescem por todo lado.

Desse modo há uma performance texto mutante. Pretendente a hipertexto, muitas vezes texto-tese-acadêmico.

2.4 Como se procedeu a análise?

Ela se processou e se processa incessantemente: Análise é o processo de inverter, colocar tudo ao contrário. (SANTOS, 2000).

Nem a análise e nem o processo de pesquisar/intervir, nem a construção do texto, seguiram um plano:

Restaria saber quais são os procedimentos do cartógrafo. Ora, estes tão pouco importam, pois ele sabe que deve “inventá-los” em função daquilo que pede o contexto em que se encontra. Por isso ele não segue nenhuma espécie de protocolo normatizado (ROLNIK, 1989, p.68)

A cada leitura, em cada parada, reencontro com os trabalhos da Unidade, com trabalhadores de outras equipes, a cada supervisão de equipe, leitura de textos, a cada ida ao supermercado, restaurante, banho de chuveiro e de cachoeira, novas e provisórias análises. Elas são múltiplas mas finitas e se propõem a provisoriedade.

Os encontros grupais foram gravados e transcritos, deles extraímos fragmentos de conversas que são postos ao lado de escritas de teóricos, de músicas, de paisagens, de lembranças de conversas, lembranças das supervisões com Jorge Bichuetti, das orientações com Silvana Martins Mishima, do compartilhar com Silvia Matumoto que se fez analista e pesquisadora também nesse processo (MATUMOTO, 2003), amiga e com quem dividi, somei, extrai e multipliquei-me nesse trabalho pesquisa/intervenção.

Também há conversas imaginárias e recortes de jornal. Bricolagem que coloca coisas diversas lado a lado, procurando não sobredificar, buscando a multiplicidade do **e**, fugindo do **ou**.

Na bricolagem há autores que foram chamados para compor o texto mais explicitamente: Carlos Drumond Andrade, Baremblytt, Merhy, Deleuze, Guattari, Rolnik, Bichuetti, entre outros, também há aqueles que embora não apareçam citados diretamente estiveram (ou estão) conosco: Peduzzi, Quiroga, Paulo Freire, Bion, Bach, Vila-Lobos, Monet, Clarice Lispector, entre outros.

O referencial teórico metodológico nada despreza: não há problemas nem preconceitos em misturar, por exemplo, autores de base psicanalítica, com funcionalistas, com materialistas históricos e poetas.

A fim de acalmar a idéia de grande bagunça, explico que considerei os grupos como dispositivos (BARROS, 1994 e 1997) e que nas equipes há ocorrências de fenômenos grupais (KERNBERG, 2000; MARTÍN, 1990; GUIMÓN, 2000). Busquei aporte na análise institucional que se utiliza de correntes grupistas, e na esquizoanálise, realizando uma cartografia das linhas que se entrecruzam e fazem calar, falar, agir e parar os processos desejanos: as equipes e seus trabalhadores em interface e construção.

Foram seguidos os aspectos instituídos da ética: um projeto tramitou no Comitê de Ética em Pesquisa, recebendo autorização. Os trabalhadores assinaram termo de consentimento esclarecido conforme modelo anexo (anexos 1 e 2).

Mais que os aspectos instituídos da ética, procurei seguir norteadas pela ética que não se captura pela moral, ética do cartógrafo proposto por Rolnik (1989): “sustentar a vida em seu movimento de expansão”.

O cartógrafo sabe que é sempre em nome da vida, e de sua defesa, que se inventam estratégias, por mais estapafúrdias. Ele nunca esquece que há um limite do quanto se suporta, a cada momento, a intimidade com o finito ilimitado, base de seu critério: um limite de tolerância para desorientação e reorientação dos afetos, um lincear de “desterritorialização”. Ele sempre avalia o quanto as defesas que estão sendo usadas servem para defender a vida (p. 70).

Na análise/intervenção as análises do que fomos vivendo foram, e estão sendo, realizadas com os trabalhadores; os sentidos que se formavam desde o olhar externo, bem como aqueles que se produziam no “entre” dos encontros grupais foram sendo explicitados e revistos nos grupos.

As reuniões aconteceram às sextas-feiras em horários determinados pelos trabalhadores, de duração de uma hora e trinta minutos. Realizamos os grupos no período da manhã e à tarde, de modo que todos os trabalhadores pudessem participar.

Cada grupo se via quinzenalmente: numa semana acontecia o grupo da manhã, noutra o grupo da tarde. A média de participantes por encontro, foi de dez no grupo da manhã e sete no da tarde.

Houve a participação de trabalhadores de todas as categorias profissionais. Destacamos que o médico e a enfermeira do Programa de Saúde da Família tiveram participação menos freqüente, seguidos do médico ginecologista e das auxiliares de limpeza e desinfecção.

As pediatras, os residentes, as agentes comunitárias de saúde, a gerente, as técnicas de enfermagem e a enfermeira da UBS participaram mais ativamente, mas também com alguns momentos de ausência.

Os encontros não seguiram um só enquadre. Desde Março de 2002 quando iniciamos os grupos, muitos enquadres foram sendo criados no transcorrer do processo: no início dos trabalhos utilizamos disparadores temáticos e grupos operativos, depois vivemos o fluxograma analisador do modelo assistencial (MERHY et al.,1997), algumas reuniões trabalhamos com agendamento livre de assuntos pelos trabalhadores, construímos análises do atendimento por temáticas: saúde da mulher, saúde da criança, etc.

Atualmente, os encontros estão sendo utilizados para instrumentalizar a equipe no trabalho com grupos e educação em saúde: lacuna identificada pelos trabalhadores e equipe de pesquisa/intervenção durante o processo vivido.

Nas transcrições dos grupos evitei uma identificação direta por categorias de trabalhadores, embora considere a importância do lugar de onde cada um fala para os efeitos de sentidos.

Isso se fez para evitar a possível identificação dos trabalhadores. Os mesmos foram identificados por encontro grupal seguindo a ordem das falas: quem primeiro falou no encontro de 15 de Março, por exemplo, recebeu a denominação de I-1, o I pode ser de infinito, inédito, integrante, do que se quiser, no encontro seguinte I-1 já é outro trabalhador (a menos que tenha também primeiro falado).

Também identifiquei a fala da equipe de coordenação dos grupos com C.C, indicando minhas falas e C.S, identificando as da Silvia. O C pode ser de coordenador, co-pensador, compositor, etc.

Houve momentos em que a posição do trabalhador na equipe precisou ser explicitada, como para exemplificar o agente comunitário transversalizando a equipe. Nesses momentos não intenciono a exposição dos mesmos mas a produção e desmanchamento de sentidos.

Concluindo quero reafirmar que as análises foram se construindo no trajeto assim como o texto e o método.

2.5 Então qual o método?

O método é o de não ter método. Não ter uma fixa ordem a seguir considerando a pesquisa, um devir-criação.

Feyerabend (1985) expõe com delicadeza e beleza as razões para sua proposta contra o método. Sigamos com ele.

Ao se definir um campo científico se simplifica a ciência e seus elementos, apartando dali os aspectos históricos, sociais, culturais, recebendo uma lógica própria e neutra. O autor refere-se a ciência positivista.

O cientista é treinado a inibir a intuição, tornando mais uniforme tanto a ciência como a ação dos cientistas.

A religião da pessoa por exemplo, ou sua metafísica ou seu senso de humor (seu senso de humor natural e não a jocosidade postiça e sempre desagradável que encontramos em profissões especializadas) devem manter-se à parte de sua atividade científica. Sua imaginação vê-se restringida e até sua linguagem deixa de ser própria (FEYERABEND, 1985, p.21)

A subjetividade em produção do pesquisador, seu corpo afetando e sendo afetado, sua intuição são composições não aceitas pelo modo hegemônico de produzir ciência. O cientificismo é uma instituição que *norma* o jeito certo de pesquisar, diz sobre o que é permitido, prescrito e proscrito.

E Feyerabend (1985) ainda afirma que a educação científica desse modo não pode ser conciliada com uma atitude humanista.

Põe-se em conflito com o cultivo da humanidade, único procedimento que produz ou pode produzir seres humanos bem desenvolvidos, como o sapato de uma dama chinesa, mutila por compressão, cada aspecto da natureza humana que, ao ganhar relevo, poderia tornar certa pessoa marcadamente diferente e colocá-la fora dos ideais de racionalidade que a moda impõe para a ciência ou para filosofia da ciência diferente. [...] A tentativa de fazer crescer a liberdade... [...] (p. 22)

Acrescento: passa pela diversidade, pela diferença, pelo caos e pela multiplicidade.

Os caminhos e descaminhos, o método-contra-o-método e as análises vão fazendo muitas passagens e bifurcações também no texto. Em alguns momentos ele se rompe para colocar lado a lado encontros com amigos, trabalhadores, sabores.

Um exemplo dessas aberturas é o texto que explica a capa (anexo 3), que foi produzido por pelo prof Dr Juan Stuart Yaslle ROCHA (2003). Ele se conectou ao texto por afeto e acaso.

Bricolando foi posto ao lado e te convido a visitá-lo porque trata da provisoriedade do conhecimento; texto que ficou além-texto.

Mas por ora deixemos os métodos e os caminhos: percorre-los e criá-los produzirá passagens e trilhas. Sigamos pelos territórios de análise.

Território Agenda – Um território diverso, adverso,
verso e reticulado.

3 A Agenda – Um território diverso, adverso, verso e reticulado

São oito léguas compridas
no universo sem estradas.
São morros de não acaba
e trilhas de tropa lenta
a nos barrar a passagem.
Pequenos rios de barro
sem iaras, sem canoas
e uns solitários coqueiros
vigando mortas casas
de falecidas fazendas.[...]
Que Minas sem fim nem traço
de resmungo entre raríssimos
roceiros que apenas roçam
mão na aba do chapéu
em saudação do passante? [...]
O cavalgar inexperto martiriza o corpo exausto...
(ANDRADE, 1980, p.86)

Na viagem que empreendemos chegamos a um terreno aparentemente conhecido e que, de início, parecia pouco contar de si. A esse território denominaremos *agenda*. Imaginem-se numa paisagem plana, de algumas cores, elevações, habitantes.

Mas, ao ser percorrido o território-agenda revela-se ondulado, terreno móvel, reticulado, imenso, múltiplo, tenso, pantanoso e de difíceis contornos para nele conseguirmos caminhar levemente. É território ora estriado, ora liso. Na bagagem preparem as cordas, fitas coloridas para demarcações, materiais para enfrentar o sol, o calor, os rios de barro, a areia, o céu, a água...

Lembremos que chegamos a esse território através da ferramenta proposta por Merhy et al. (1997): o fluxograma analisador do modelo assistencial.

A agenda para o trabalho em saúde nos desloca num primeiro instante para separações de tempos. Tempos destinados para ações.

Tomemos a agenda como para além do tempo cronológico: para além da destinação de um tempo futuro para determinadas ações. Ela revela o que os trabalhadores reconhecem como problema de saúde e

expõem suas propostas de intervenção. Irá se configurar como oferta de procedimentos, saberes, afetos, cuidados, a depender da finalidade posta em ação no serviço de saúde.

Nela estão colocadas a oferta e a disponibilidade de atender a população. Delimita também a indisponibilidade de atendimento: ao se definir quem será atendido, também se define quem não será e aquilo que não fará parte do universo de preocupações e ocupações.

Discutir a agenda com os trabalhadores se mostrou um potente analisador do serviço estudado.

3.1 Os trabalhadores se agendam para fazer o fluxograma analisador:

Era uma manhã de outono, sexta-feira de céu azul e intenso. Propusemos aos trabalhadores a inclusão nas suas agendas do registro de um dia de atividades ocorridas na Unidade de Saúde, para construção posterior da análise coletiva do trabalho. Essa discussão foi vivida com inquietações e movimentos de resistências¹³ e de possibilidades:

CC - Vamos tentar então, gente, o objetivo disso, qual é? O objetivo é todos nós olharmos criticamente para o que a gente faz, não individualmente, pessoalmente, só. Olhar para esse trabalho, como que ele acontece.

I 8 - eu concordo com a I-2 no começo. Porque não é todo dia que é igual, de segunda a sexta. Cada dia, é diferente. Tem dia que é corrido, é aquela coisa, não dá nem tempo de você respirar, eu concordo nesse ponto aí. Agora... fazer...

CC - mas, não é... (inaudível)

I 4 - Não, eu fiquei preocupada com a parte prática, mesmo, no fazer, essa coisa que a I-2 falou, me veio na cabeça, por exemplo, se mal a gente anota as coisas que tem que anotar, né? então precisa realmente um esforço de cada um, num dia escolhido, que todo mundo, nesse dia FALAS SIMULTÂNEAS (Grupo em 12 de Abril de 2002)

¹³ Há um registro no nosso diário de bordo de que na partida vivíamos a dificuldade de assumir a intervenção e a pesquisa e que isso possibilitou um contrato de intervenção que trocava os dados para a pesquisa pelas ações a serem postas em prática pelos trabalhadores: como se participar das reuniões fosse a única tarefa dos trabalhadores. Essa dificuldade pode ter contribuído para a intensificação do modo de funcionamento paranóide e para intensificação dos movimentos de resistência.

Nos grupos, as falas simultâneas muitas vezes acontecem quando a ansiedade circulante aumenta, a possibilidade de escuta fica comprometida e estanca-se a comunicação.

Se tivéssemos além do gravador uma filmadora, veríamos os diferentes integrantes falando uns com os outros, mas em solilóquios, ora voltados para os pares ao lado, ora falando ao centro da roda, expressões faciais de desconforto, falas disparadas em todas as direções, para todos e para ninguém.

Multiplicando as possibilidades de sentidos dessa cena da discussão grupal no ato de se agendar para fazer o fluxograma, abre-se na memória:

Uma música: ***Não vai dar, não vai dar, o que é que vai me dar ô nega!! Eu vou me indignar e chega!!!***

Uma cena de insetos: **um enxame de abelha mexido.**

As cores: **azul, vermelho, amarelo, sem misturas possíveis, sobreposição.**

A palavra: **Não**

Um dos ressoares é o da resistência, que tem relação com o modo de funcionamento instituído. A resistência vivida nos processos grupais tem uma dupla função: defender os trabalhadores das ameaças frente ao novo e da ameaça de desestruturação e ainda protegê-los da angústia desencadeada pela incerteza.

A resistência pode se relacionar também com a capacidade de resistir à opressão, ao domínio do outro.

Na análise institucional se relaciona a necessidade de não revelar o que está em produção e que às vezes é reprodução, outras é produção ou ainda anti-produção. Sobre a resistência à análise institucional, vejamos o autor anônimo: "A resistência à análise institucional revela uma forma de defesa do sistema que insiste em não se mostrar disposto a declarar sua improdutividade". (ENSAIO... 1973, p. 26)

De um primeiro ângulo, a agenda se apresenta como um espaço de tempo destinado para determinadas ações. Nela cabem algumas

ações outras não e esse “espaço/tempo” tanto tem relação com o medo do ataque e da perda, das declarações da improdutividade do sistema, bem como, com o resistir ao excesso de trabalho.

A possível inserção de atividades novas, “aperta” o tempo cronológico e causa desterritorialização.

Retomemos o conceito de territorialidade, desterritorialização e reterritorialização, Guattari e Rolnik (1996) que nos auxiliam:

Os seres existentes se organizam segundo territórios que os delimitam e os articulam aos outros existentes e aos fluxos cósmicos. O território pode ser relativo tanto a um espaço vivido, quanto a um sistema percebido no seio do qual um sujeito se sente “em casa”. O território é sinônimo de apropriação, de subjetivação fechada sobre si mesma. Ela é o conjunto dos projetos e das representações nos quais vai desembocar, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos. O território pode se desterritorializar, isto é, abrir-se, engajar-se em linhas de fuga e até sair de seu curso e se destruir... A reterritorialização consistirá numa tentativa de recomposição de um território engajado num processo desterritorializante (p.323).

Essa sensação de desterritorialidade, de que se perdeu o chão, abre a possibilidade para o novo, é linha de fuga¹⁴ para a equipe *flexneriana/resistência* se articular como *equipe/máquina de guerra não bélica* em direção a outras referências. Em seu território-agenda a equipe pode considerar não apenas o tempo cronológico destinado a ações já conhecidas e que os fazem se sentir em casa, mas também podem incluir a análise do trabalho nas suas ações, intenções e agenda.

As linhas de fuga não cessam de passar, mas podem se unir às linhas de segmentaridade dura ou as linhas flexíveis.

A linha de segmentaridade dura-circular presentifica-se na equipe *flexneriana/resistência-à-mudança*, pois nela se converge para um mesmo

¹⁴ Para Deleuze (1992) são 3 as linhas que compõem as superfícies: a linha de segmentaridade dura que são de natureza molar, e se configuram de um modo binar, circular e linear. As linhas flexíveis de natureza molecular, e as linhas de fuga que escapam, vazam e abrem possibilidades para a emergência de uma outra coisa. As linhas estão todas juntas e ao mesmo tempo, podendo inclusive uma tornar-se a outra, mas seus efeitos são distintos. Podemos apenas desembaraçá-las para efeitos de análise e cartografia. Um novelo que se abre através dos dispositivos. Maiores detalhes ver: (DELEUZE, 1992, p 5.)

centro: gerente, médico, professor, etc e se aguarda as decisões e saídas desse ponto.

Nesse momento da discussão do agendar-se para uma atividade que parecia ameaçadora, a equipe se permitiu arriscar: linhas de fuga que escaparam para um novo — movimento instituinte.

Permita-se nesse momento olhar novamente a paisagem do território agenda, ela está mais colorida: o cinza esconde muitas cores misturadas, precisamos reconhecê-las, que tal seguir pela nascente?

O território agenda encanta sua origem: esconde que nasce do encontro/desencontro da necessidade com a velocidade, intensidade e finalidade, é encontro de tempos/pessoas/intenções.

Por necessidade leiamos o reconhecimento de uma carência construída socialmente. No exemplo acima, da discussão com os trabalhadores para agendarem a realização do fluxograma, a necessidade de análise do trabalho parece não ser uma necessidade reconhecida socialmente pelo conjunto de trabalhadores de saúde.

A velocidade se apresenta inicialmente como da ordem do espaço/tempo cronológico apenas, mas se configura como ritmo acelerado, movimento. O fazer rápido e sem tempo contempla a produção de quantidade, própria do modo de produção capitalístico¹⁵, inclusive de subjetividades.

A intensidade fala-nos das energias movimentadas e da disposição para o aprofundamento: com que intensidade se deseja viver? Quanto mais na superfície mais protegidos? Já te aconselharam: “não mergulhe de cabeça, não se comprometa”? A superfície aparentemente é mais familiar e rasa. Analisar o trabalho é percorrer superfícies e tomá-las

¹⁵ Terminologia utilizada por Guattari, que estuda o capitalismo mundial integrado (C.M.I), sendo esse produtor de distintos modos de semiotização (econômicas, jurídicas, técnico-científica, e de subjetivação). O autor se refere a subjetividade capitalística: “É a partir dos dados existenciais mais pessoais- que o C.M.I constitui seus agregados subjetivos maciços, agarrados a raça, à nação, ao corpo profissional, à competição esportiva, à virilidade dominadora, à star mídia... Assegurando-se do poder sobre o máximo de ritornelos existenciais para controlá-los e neutralizá-los, a subjetividade capitalística se enebria, se anestesia a si mesma, num sentimento coletivo de pseudo-eternidade” (GUATTARI, 1995, p. 34).

de um jeito deleuzeano emprestado de Valéry: “O mais profundo é a pele”,[...] “A superfície não se opõe à profundidade, mas a interpretação”. (DELEUZE, 1992, p.109). O problema são as interpretações sobrecodificantes que grudam e apresentam significados à priori.

Quanto à finalidade, ela se refere ao que de fato se movimenta com as ações do trabalho: onde se deseja chegar com o trabalho em saúde.

No território-agenda a inclusão de ações desconhecidas é possibilidade de passagem das linhas flexíveis e de fuga: abrir-se, perder-se, permitir-se não-saber.

Os trabalhadores se agendaram para uma ação desconhecida e nova, há possibilidades de abrir-se para o novo, mas entre o agendar e o executar encontramos o interstício vertiginoso da incerteza.

Morin (2001) associa o oxigênio e a incerteza, e essa ao conhecimento complexo. Em nossa travessia pelo território-agenda, respiremos profunda e pausadamente:

Assim como o oxigênio matava os seres vivos primitivos até que a vida utilizasse esse corruptor como desintoxicante, da mesma forma a incerteza, que mata o conhecimento simplista, é desintoxicante do conhecimento complexo. (p. 31, espaçamento da autora).

A complexidade dos saberes nas equipes máquinas desejanter, máquinas-de-guerra-não-bélica, e engenhoca mutante¹⁶, se produz transversalizando¹⁷ as superfícies molares e moleculares dos saberes dos usuários e dos trabalhadores, saberes que são complexos (composição

¹⁶ Máquinas desejanter é terminologia utilizada por Deleuze e Guattari (2002b) para se referir a uma das “entidades” que povoam a superfície de produção (a outra é o corpo sem órgãos): elas não tem forma, estrutura, conteúdo e função, são fluxos. Maiores detalhes ver: (BAREMBLITT, 2003, p.95.) As equipes máquinas desejanter, máquinas de guerra não bélica e engenhoca mutante estão tomadas aqui como sinônimo e se referem aos movimentos esquizos da equipe.

¹⁷ Transversalidade são entrelaçamentos que se interpõem nas superfícies fazendo passar as linhas de fuga desejanter. Segundo Guattari (1983), existem distintos graus de transversalidade nas instituições: “A transversalidade é o lugar do sujeito inconsciente do grupo, o além das leis objetivas que o fundamentam, o suporte do desejo no grupo. Essa dimensão só pode ser posta em relevo em certos grupos que, deliberadamente ou não, tentam assumir o sentido de sua práxis e se instaurar como grupo sujeito, colocando-se assim na postura de se assumir como agente de sua própria morte” .(p.101) Porque não dizer também agente da vida.

transdisciplinar). Complexidade não se opõe ao simples, ao caboclo, a língua menor. A vida e a saúde estão para além das explicações de causa e efeito das ciências mecanicistas, é a essa complexidade que nos referimos, resultante da a miscigenação de saberes/fazeres laicos e eruditos.

Como veremos, com os trabalhadores foi preciso nominar os riscos possíveis decorrentes da atividade a ser realizada, para depois se encontrar disposição para fazê-la.

É da natureza do território-agenda, a ordem, a seqüência, a organização. Aspectos tão preciosos para os trabalhadores de saúde, que as indefinições, incertezas e imprevistos não são bem vindos. Foram proibidos das terras da agenda, e nem por isso cessam de passar.

A agenda se conforma no limite do conter da incerteza. Fronteira de pretensos controles, no entanto: “navegar é preciso, viver não é preciso” (Fernando Pessoa), a saúde também não é precisa e a agenda não é bola de cristal, está mais para caixa preta de avião.

Seguimos em discussão com dificuldades até que os trabalhadores decidiram que seria possível realizar a atividade. O anúncio da concordância se fez com a definição do dia da semana mais conveniente para todos: uma quinta-feira.

O dia escolhido também apontava para adesão dos trabalhadores à proposta, uma vez que no transcorrer das discussões grupais identificaram que a segunda-feira é um dia difícil de incluir ações. A busca por atendimento é mais intensa porque os usuários que tiveram intercorrências no final de semana buscam a Unidade nesse dia. Também eles próprios agendam muitos atendimentos para segunda-feira. A sexta-feira é o revés da segunda, é um dia de trabalho mais lento, as folgas, idas ao médico dos trabalhadores, são realizadas na sexta-feira à tarde.

Nas demarcações cronológicas do território-agenda, as pontas da semana são de ritmos distintos: numa peso e rapidez, noutra morosidade leve: Quem produz esses ritmos? Os trabalhadores com seus fazeres e afazeres em relação com todo o povo.

Um dos pontos de tensão possível de ser demarcado nessa discussão se refere à dificuldade frente à proposta de realizar uma atividade além daquelas do cotidiano do trabalho: anotar os atendimentos, principais queixas, decisões evidenciando desconfortos da desterritorialidade:

I-1- eu tava pensando que, por exemplo: se vocês tivessem chegado aqui e tivesse colocado o exercício, vamos que não daria uma tarefa, assim, grande até... o motivo depois, então a gente tá fazendo o exercício invertido. Eu acho que no momento não é agora, assim, pensar porque faz aquilo, como é que cada um trabalha... né? Gera uma tensão né? Então eu tava assim, me dando respostas. Depois é que a gente... não sei se eu tô...

C.C- Sentimento talvez dela, de isso gerar um certo desconforto

CS- de ter que dizer

I-2- Nem isso, anota pré-consulta, anota a pós. Oh! bem, faz muito tempo que a gente não tem tempo de anotar a pós consulta. Você pode ... antigamente a gente a gente anotava tudo: fornecido medicação, agendado exame pro dia tal, tal, Aí a gente passou assim: pós: orientações gerais e que acabou-se é o orientações gerais. Então não anotamos mais nada agora! Eu tenho...

(falas simultâneas)

Alguém- é ...(Grupo em 12 de Abril de 2002)

Além, então, de um trabalho que não estava previsto na agenda cotidiana, portanto, trabalho a mais, ainda a possibilidade de colocar em evidência o que os trabalhadores muito temem: os *erros* e o *não-saber*.

O novo, que pode se atualizar no território da agenda através da análise do trabalho, guarda em si o desconhecido, a incerteza, a desordem, e o desconhecido é não sabido e temido.

O atravessamento da instituição escola vem chegando, pois na escola não se pode errar, também não há espaço para o não-saber. Os erros são como fraquezas, defeitos, e remetem para um lugar escuro, para aquilo que precisa ser eliminado, escondido, excluído.

Façamos uma pausa para refletirmos sobre a instituição escola e seus modos de funcionamento. Harper *et al.* (1994) nos auxiliam:

[..] Um mundo à parte

Fechado e protegido... [..] (p.42)

Cujo acesso é cuidadosamente controlado... [..] (p.43)

Separado da vida... [..] (p.44)

Um mundo de ritos imutáveis... [..] (p.46)

Onde os papéis de cada um estão previamente determinados

O aluno cala, escuta, obedece, é julgado[...] (p.48)
O professor sabe, ordena, decide, julga, anota, pune[...] (p.49)
Um mundo onde só é admitido falar bem... [...] (p.50)
Cujo percurso é uma corrida de obstáculos. (p.56)”

Cuidado, escola! Título do trabalho dos autores acima citados, que pede cautela com relação à instituição escola, sinal de trânsito para motoristas e também intersecção de duas instituições: cuidado (saúde) e escola.

C.C- Então, gente! vocês estão com um sentimento de impacto, o que vem aí,. ai meu Deus, como é que vai ficar meu trabalho vai ser olhado, é isso?
Alguém- é (com comentário inaudível). (Grupo em 12 de Abril de 2002)

Os trabalhadores se dispuseram a realizar a atividade no momento em que aconteceu a explicitação do medo de serem vistos e do medo dos erros serem apontados. Ao término do encontro fazem uma referência ao autor Jorge Luís Borges. Os poetas ajudam a travessia pantanosa e lúgubre, dos lugares escuros e tenebrosos para os quais é difícil se encaminhar.

I-2- oh! deixa eu só ver um negócio (...) Posso? Cinira?
C- Claro! Só um pouquinho, o trabalho (...) a gente vai até as três e a gente tá dentro do horário.
I 2- Bom, olha!
Falas simultâneas
I 2- (...) Dra. IX, (...) tava olhando minhas coisas e achei um texto que chama “Instante” de Jorge Luis Borges, um autor argentino que já faleceu, com oitenta e sete anos, na Suíça. É assim: Se eu pudesse viver novamente a minha vida, na próxima trataria de cometer mais erros. Não tentaria ser tão perfeito. Relaxaria mais! Teria mais fogo ainda do que tenho tido. Na verdade, bem poucas coisas levaria a sério, seria menos higiênico. Correria mais riscos e andaria mais, contemplaria mais entardeceres, subiria mais montanhas e nadaria mais rios. Iria a mais lugares onde nunca fui, tomaria mais sorvetes e menos lentilha, teria mais problemas reais e menos problemas imaginários. Eu fui uma dessas pessoas que viveu positivamente cada minuto de sua vida. Claro que eu tive momentos de alegria, mas se pudesse voltar a viver, trataria de ter somente bons momentos, porque, se não sabem, disso é feito a vida, são de momentos e não percas esse agora. Era desses que nunca ia a parte alguma sem um termômetro, uma bolsa de água quente, um guarda chuva e um pára-quedas. Se voltasse a viver, viajaria mais (...) começaria a andar descalço no começo da primavera e continuaria assim até o fim do outono. Daria mais voltas na minha rua (...) brincaria com mais

crianças se tivesse outra vez uma vida pela frente. Mas, já viram, tenho oitenta e cinco anos e sei que sou um homem velho.
Alguém - e ele morreu logo depois.
I 2- (...) a gente fica tão em cima das coisas, né? foi inconsciente, né?
(Grupo em 12 de Abril de 2002)

Barros (1997, p.186) discutindo os grupos como dispositivos argumenta que no grupo: “não há oculto a ser revelado, há incisões a serem feitas nos estratos, para que o invisível, já presente, se torne visível.”

Nesse caso, invisível estava o medo dos erros e do não saber, por isso também estava indizível. E Foucault digerido por Deleuze e digerido por Barros já nos diz: Os dispositivos são máquinas de fazer ver e falar!!!. (BARROS, 1997)

3.2 Interfaces de agendas: esbarrões de espaços/tempos, trabalhadores e usuários.

Voltando a superfície do território-agenda: inicialmente vemos que nos serviços de saúde abre-se ou não a agenda conforme a finalidade do trabalho e possibilidade de tempo dos trabalhadores para o atendimento. Geralmente é mais comum a referência à agenda médica e de exames, raramente aparece a agenda dos grupos ou de outras atividades.

Também não se reconhece a agenda dos demais trabalhadores além do médico e do enfermeiro. Os Agentes comunitários, as técnicas de enfermagem, as auxiliares de serviço, e a gerente, possuem uma agenda que permite alguns trabalhos e não outros.

Não estamos nos referindo a ações diferentes daquelas pertinentes a cada trabalhador, mas aquelas que, mesmo sendo específicas, não acontecem ou acontecem de modo particular, por exemplo: a auxiliar de serviços não tem agenda para lavar a Unidade de Saúde em outro momento senão naquele em que os usuários estejam em atendimento.

A análise das agendas abre incisões para passagem de indizíveis sobre as ações predominantes no serviço, os graus de autonomia e de poder, apontando para qual modelo assistencial está em produção: nesse caso, o reconhecimento inicial apenas da agenda médica abre para a consulta médica como principal componente ofertado pelo serviço.

Na decodificação inicial do processo saúde-doença, predominam as linhas de segmentaridade dura circular cujo centro é uma causa relacionada a um corpo cheio de órgãos¹⁸ em disfunção. O trabalhador central da equipe é o médico que consulta, procura achar o problema e tenta consertá-lo.

Reconhecer a interface das agendas e a centralidade inicial apenas de uma delas pode deixar passar linhas de fuga para outros modos de produção de saúde: saúde, um bem simbólico, estado de desterritorialização do corpo cheio de órgãos, corpo vibrátil que afeta e faz afetar.

A agenda de um trabalhador faz muitas interfaces com diversas outras agendas de trabalhadores: a agenda médica em interface com a agenda das técnicas de enfermagem, em interface com a agenda das trabalhadoras serventes, em interface com a agenda da gerente, dos médicos residentes, dos agentes comunitários de saúde, das enfermeiras, dos docentes, dos usuários. Todas em contato com outras instâncias da Secretaria de Saúde do município e dos serviços da universidade.

Mexer em uma agenda é tocar em todas: são reticulações de uma imensa rede.

No exemplo a seguir há referências à dificuldade de agendar uma consulta médica no serviço secundário para o atendimento em cardiologia, mais difícil ainda é lidar com a volta do usuário sem resposta e descrente. As agendas e modo de atender dos serviços de saúde esbarram-se:

¹⁸ Corpo cheio de órgãos está aqui em oposição ao corpo sem órgãos: (CsO) “O CsO faz passar intensidades, ele as produz e as distribui num spatium ele mesmo intensivo, não extenso. Ele não é espaço e nem está no espaço, é matéria que ocupará o espaço em tal ou qual grau – grau que corresponde às intensidades produzidas”.(DELEUZE; GUATTARI, 1999, p. 13).

I 1-(...) Um paciente que perdeu o pai num enfarto súbito! Aí o SISUSP tá encaminhando o paciente pra um cardio na rua Minas! Aí o paciente foi! É difícil marcar cardio na rua Minas! Tem essa dificuldade! E eu pior ainda, mais ainda, aí foi. O paciente ligou ontem... assim muito... assim desgostoso! Quer dizer, ele falou assim:- Você acredita que o médico em 15 minutos atendeu 8 pacientes! Inclusive tinha outras pessoas lá que era a primeira vez que tava indo em cardiologista! Então... Como é que um... sabe? “Então eu tô meio ansioso, porque eu acho que não resolveu nada!” E aí ele volta, ele volta como né? A gente encaminha pra outro, não né? (Grupo de 14 de Junho)

A crise da saúde se movimenta através de práticas que não mais explicam, não curam, não resolvem. Os usuários vão de serviço a serviço “sem ter resolvido nada”.

O paradigma biologicista-individual e o preventivismo dizem da vida, da doença e da morte, subsidiados pelo saber. E o saber desconhece a cultura da família, da periferia, da favela. O saber já não explica, nem acolhe, não consola e nem estimula uma luta pela vida (BICHUETTI, 2003).

Prosseguindo no mesmo encontro, segue o diálogo:

I-2 – Mas aí é que tá, I 1, eu acho que pelo... assim, pelo que você tá colocando assim: uma ansiedade que a gente tem, mas o que eu tô colocando eu acho que é um pouquinho diferente né? Eu acho...

I-1 – Não, eu entendi também! O Dr Y (de outro serviço) chegava lá, tinha doze, se tivesse o treze ele me matava! tinha que dispensar paciente também...
(Grupo de 14 de Junho)

Os trabalhadores médicos e os trabalhadores da enfermagem e da recepção (escriturários em serviços onde há esse trabalhador) formulam modos de barrar a demanda de usuários baseando-se em parâmetros numéricos como os da Programação em Saúde* dentro do Planejamento Normativo, que são seguidos pelas instâncias gestoras municipais, estaduais e federais do SUS e que fixam números para atender (em 4 horas – 16 consultas médicas).

Muitas vezes, esses números se transformam: 12 agendados e 4 eventuais (orientação da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão

* Modo específico de estruturação dos serviços de saúde no âmbito da Saúde Pública, mais presente nos anos 70 e início dos anos 80. Ver com maiores detalhes SCHARAIBER et al. (1996) Programação em Saúde.

Preto). Mas não é possível o décimo terceiro usuário na agenda. Com quais estratégias os médicos pressionam os trabalhadores da recepção da Unidade de Saúde para estabelecer um número máximo?

Como os trabalhadores da recepção respondem a essas pressões: dos usuários e dos demais trabalhadores?

O que significa esta expressão de um trabalhador que na Unidade estudada fica na recepção: “chegava lá, tinha doze, **se tivesse o treze ele me matava!** tinha que dispensar paciente também”...

Há uma produção subjacente de relações entre trabalhadores e desses com os usuários nesse modo de operar dos serviços de saúde. Parece haver uma violência velada, desencadeando expressões fascistas que barram além dos usuários, o desejo, a vida, o cuidado.

Ter que dispensar o usuário do serviço parece ser uma ação muito angustiante; se o trabalhador médico se recusar a atender o usuário “encaixado” no atendimento eventual, o trabalhador da recepção terá que dizer isso para o usuário, mesmo considerando que seria possível e necessário atendê-lo.

Guattari (1983) nos fala sobre o microfascismo se espalhando nas relações cotidianas dos trabalhadores:

O fascismo assim como o desejo, está espalhado por toda parte, em peças descartáveis, no conjunto do campo social; ele forma, num lugar ou noutro, em função das relações de força. Pode-se dizer dele, ao mesmo tempo, que é superpotente e de uma fraqueza irrisória. Em última análise, tudo depende do talento dos grupos humanos em se tornarem sujeitos da História, isto é, em agenciar, em todos os níveis, as forças materiais e sociais que se abrem para um desejo de viver e mudar o mundo (p.189)

Relações microfacistas com superpotência para carregar a equipe para um atentado contra aquilo que vieram cuidar: a vida.

Ela ainda sofre atentados quando se aprisiona em agendas, em ameaças, em combinações fixas, em regras, e, se esvai, some-se em aventura e em vontade.

Lutemos pela liberação da vida, vida nome do ser:

O nome do ser é a vida somente para aquele que não toma a vida como um dom ou um tesouro, ou como uma

sobrevivência, mas como um pensamento que retorna ao ponto em que toda categoria entra em pane. Toda vida é nua. Toda vida é desnudamento, abandono das vestes, dos códigos e dos órgãos; não que nos dirijamos ao buraco negro niilista. Mas, ao contrário, para estarmos num ponto em que se trocam atualização e virtualização; para sermos um criador, isto é, o que Deleuze chama um “autômato purificado”, uma superfície cada vez mais porosa à modelização impessoal do ser (BAUDIOU, 2000, p.164).

Vaguemos nômades! Prossigamos acompanhando o grupo:

I-2 – Não , eu não tô pensando, não tô pensando nisso. Eu não tô pensando no sonho né, na idealização. Eu tô pensando naquela coisa, por exemplo, pegando essa história mesmo né? Eu não estava sabendo que esse paciente tinha sido encaminhado. Vocês viram o quê que eu perguntei hoje? Por exemplo, esse paciente precisava ser encaminhado né? Porque inclusive assim, aí a explicação, eu falei: porque que o Dr H não podia atender esse paciente? Aí, a explicação foi porque era fora de área...

I-1 – Ele é da rede....?...Ele é da rede...?....

I-2 – Era fora da área, entendeu? Mas por exemplo, é isso... esse paciente não tem um vínculo aqui? Por quê que ele foi mandado pra fora se foi feito esse vínculo? Entendeu? (Grupo em 14 de Junho)

No seguimento do Programa de Saúde da Família, os encaminhamentos não são para “passar o caso para frente”, são propostas para que outras opiniões, terapêuticas e cuidados se formulem e se aglutinem frente ao projeto terapêutico da família e da pessoa que está sendo “encaminhada”. No dicionário Aurélio o sentido para *encaminhar* mais pertinente nessa situação é o de *dispor-se, resolver-se*.

Essa lógica de encaminhar para que haja uma avaliação conjunta e co-responsável, parece ainda não estar incorporada pelas equipes de PSF e menos ainda nos serviços de atendimento ambulatorial. Lancetti (2000?) faz as seguintes considerações a esse respeito:

No Programa de Saúde da Família não é possível passar os casos. Mesmo quando se indica uma cirurgia ou tratamento de maior complexidade, o paciente continua a ser da equipe, enquanto morar no bairro. O vínculo e a continuidade exigem lidar com o sofrimento humano, processo para o qual os técnicos não estão preparados. (LANCETTI, 2000?, p.39)

Uma bifurcação se faz necessária: quanto da recusa do trabalhador de saúde é estratégia de sobrevivência frente a um trabalho que esgota e causa sofrimento?

Há que se abrir no território-agenda fissuras para dar passagem e vazão aos limites do trabalhador que evita o seu desgaste barrando a chegada dos usuários. O sofrimento do trabalhador é intensificado pelo contato com as mazelas e as dores de diversas ordens trazidas pelos usuários como demanda para os serviços de saúde.

3.3 Agenda, território e área de abrangência: outros esbarrões

As agendas se organizam através da delimitação da área de atuação da Unidade de Saúde, seguindo os critérios de regionalização e hierarquização previstos no SUS:

CS –Por isso que...tá! Então, um critério de entrada que ele não é tão rígido, mas ele tem uma diferenciação de regionalização de área de trabalho de vocês. Porque vocês têm...

I 1 – É, porque é assim: tem a área da UBS, a Vila Tibério que é Materno-Infantil, que é a área que pertence à Secretaria. E dentro dessa área, tem uma sub-área bem menor que é a área do PSF, certo? Aqui próximo da gente. E além disso tem alguns pacientes que vêm de outros distritos. Especialmente pra tomar vacina. Porque área da sala de vacina é grande e ela é famosa

I 2 – É na realidade entre as principais dá tudo até aqui. Por exemplo, quando o dr. X começou, a gente começou a fazer lista de espera, pro grupo de terapia sexual, a gente atendia a toda Ribeirão Preto. Até que começou Jardinópolis a ligar, Batatais, Cravinhos, Semana, aí a gente limitou a cidade né, dr.X? Não, nós vamos atender só a cidade de Ribeirão Preto, quer dizer, se tivesse verba, mas na época que a I? fez o grupo, também a cidade toda ligava pra incluir adolescente né? (Grupo em 3 de Maio de 2002)

Nas discussões acima vemos que as agendas que seriam reguladas pela determinação de uma certa área geográfica para atuação, acabam sendo “esticadas” por critérios da oferta que os trabalhadores fazem. Os grupos de re-educação alimentar, o seguimento que o médico ginecologista e uma das enfermeiras ofertam articulando aspectos da sexualidade, a história familiar vivida com relação à vacinação, enfim, todas essas variantes fazem com que a regionalização proposta não

modele, ou modele apenas em algumas situações, a agenda dos trabalhadores.

A discussão desperta um ar de vaidade/orgulho do trabalho desenvolvido. Um trabalho que rompe fronteiras estabelecidas entre Estados, Municípios, bairros.

Uma linha de fuga parece apontar com relação aos desenhos padronizados dos serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção, fazendo que escapem outras ofertas de ações para as quais os trabalhadores estão preparados e desejam executar.

Um médico contratado como clínico geral num posto de saúde para exercer atenção básica, com formação de gastroenterologista, terá sua agenda ocupada também por ações dessa área específica de conhecimento e que no Sistema Único de Saúde deveria ser prestada em estabelecimentos ambulatoriais especializados.

Essa linha de fuga possibilita que o trabalhador desempenhe aquilo que gosta ou aquilo que compreende como necessidade dos usuários. Gera demanda, cria acessos, faz sistemas paralelos ao sistema oficial de saúde.

Outros desenhos diferentes se configuram entre o previsto pelos órgãos responsáveis pela saúde no Município e a sua viabilização cotidiana: a agenda é modelada num formato pela Secretaria Municipal da Saúde e realizada de outro modo na própria Unidade.

I-1- Não, porque a agenda nem cria privilégios. A agenda, pela Secretaria é assim, é 12 retorno marcado, mais 4 eventual. O profissional que faz 20 horas semanais deveria atender 16 pacientes por dia. Tá! É 16, não é nem o nosso caso, porque os nossos profissionais atendem 12 .

I-2 – Então, mas na verdade, I-1, o que acontece...

I-1 – Oi?

I-3- Não marca 12 na agenda.

I-1- A agenda tem espaço pra 12...

I-4 – A agenda tem espaço pra 12 mas quando você tira o impresso às sete horas da manhã pra ver quem tá agendado, tem 4 agendado e o resto é eventual. É isso que eu tô colocando.(Grupo em 3 de Maio)

Para a Secretaria Municipal a agenda médica opera com uma oferta de 16 consultas sendo 12 agendas e 4 eventuais. Ela se estabelece por horários que determinariam quando o paciente deveria chegar para ser atendido.

Na Unidade de Saúde estudada, a agenda médica tem espaço para marcar 12 atendimentos sendo 8 agendados e 4 eventuais. Pelo diálogo acima são agendados menos pacientes abrindo mais vagas para os atendimentos eventuais. Isso pode dar vazão para demandas espontâneas dos usuários, mas ao mesmo tempo, pode minar o seguimento das pessoas, privilegiando o atendimento em momento de crise somente.

Além disso, todos os usuários a serem atendidos num dado período são orientados a chegar na Unidade no mesmo horário:

I-1 – Eu acho que tem uma questão psicológica aí, é o seguinte, nós não podemos ter uma regra fixa. Entendeu? Um caixa dois de regra que é discordante da regra da Secretaria. Porque senão o conflito está estabelecido antes de começar qualquer coisa. Então assim, ou acerta o Floresce uma vida ou assim

C.S – Porque vocês estão incluindo o encaminhamento como critério de entrada. Pra esse primeiro momento, entra no primeiro momento, mas no processo com a perspectiva de retomar a regionalização da saúde.

I-1 – É, mas é coisa que acontece que a Cinira tá falando.

C.S – Mais ou menos isso, que é diferente disso que a Cinira está colocando, que é a opção da mãe é ser atendida aqui...entende que são duas situações distintas?

I-2 – Na verdade o que eu tô entendendo é que todos os critérios, são critérios mais ou menos, né?

I-1 – Porque não são flexíveis.

I-2 – Não, não é uma questão de flexibilidade...é uma questão...

Alguém – Porque não são flexíveis, mas a gente tenta flexibilizar...

I-2 – Então assim, porque por exemplo, se a gente entende que tá seguindo um critério que é da Secretaria, em relação ao projeto Floresce, então, a moça que chega aqui, com uma carta agendada pra tal horário, com tal profissional, isso é um critério de atendimento. Então, a gente atende e discute depois. Certo? Isso talvez seria ser flexível, entendeu? Não? O que aconteceu é que a gente ahh... tenta mudar o critério, porque avalia que o critério tá errado, entendeu? (Grupo em 3 de Maio de 2002)

Floresce Uma Vida¹⁹ é um programa da Secretaria Municipal da Saúde em que há um trabalhador de enfermagem nas principais maternidades com a tarefa de agendar uma primeira consulta para a criança e para mãe, preferencialmente nos primeiros sete dias de vida. Em casos de bebês de risco são desencadeados contatos telefônicos para busca precoce que pode se fazer via visita domiciliar. Os recém-nascidos de risco são os de baixo peso, prematuros ou que apresentaram alguma complicação durante o parto ou na internação, e filhos de mães residentes em área de risco da cidade (regiões sem saneamento básico, moradias precárias, etc), analfabetas, de idade acima de 40 anos ou adolescentes e ainda mães com algum agravo de saúde como, por exemplo, portadora de diabetes.

A lógica do agendamento informatizado realizado pelo Floresce Uma Vida segue a disponibilidade de horários no sistema. Opera na perspectiva de que quanto antes mãe e criança forem atendidas na Unidade de Saúde poderão ser evitadas complicações como desmame precoce, atraso vacinal, introdução de alimentos inadequados para a idade, além de possibilitar outros aspectos como o acompanhamento da vinculação mãe-bebê, a estruturação da família frente a um novo membro, etc.

Por terem sido agendadas pelo Programa Floresce Uma Vida, a criança e a mãe devem chegar a Unidade de Saúde no horário estabelecido, na discussão grupal às 14:30 horas. Mas os trabalhadores operam com a seguinte combinação: todas as mães são orientadas a chegar no mesmo horário ao início dos turnos, ou seja, devem chegar às 13 horas. Outra dificuldade é a de pertencer ou não a área de abrangência estabelecida.

¹⁹ Trata-se de uma estratégia ligada ao Programa de Saúde da Criança com vistas a redução da mortalidade infantil com ações de vigilância nas maternidades e que englobam uma série de ações, dentre elas o acionar da enfermeira da área de abrangência para visita domiciliar, marcação de consultas de puericultura ainda na maternidade para o posto de saúde da área de abrangência via sistema de informatização, dentre outras. Maiores informações consulte o site: <http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br>

Na discussão, os trabalhadores lançam luzes nesse subterrâneo do território-agenda: os trabalhadores já estavam desocupados às 14:30 horas mas não puderam atender a criança e sua mãe, não havia agenda, sua moradia se localizava fora do espaço geográfico definido para a Unidade de Saúde. Há sala, há trabalhador, mas há uma combinação entre todos os trabalhadores no que se refere à agenda e as possibilidades de ser ou não atendido.

Outra linha de fuga se desenha: é possível sair do esquema de controle da SMS-RP e agendar de uma forma no sistema informatizado e colocar outra em ação.

Ambas as linhas de fuga que identificamos, fugir do horário informatizado e previsto pela SMS e ofertar ações que os trabalhadores gostam, mostram-se potentes para colocar em ação projetos que atendem as necessidades dos trabalhadores de saúde mas não necessariamente dos usuários. São linhas de fuga que precipitam para segmentaridade dura molar. Conduzem para o modo binário: trabalhador/usuário como pólos contrários.

Agenda, necessidade dos usuários (no singular pois tendemos reconhecê-las como unívocas e não polimorfos e polifônicos) e necessidades dos trabalhadores nem sempre se encontram. A agenda pode estar grudada à necessidade administrativa de uma Unidade de saúde que pelo contexto organizacional se delimita. Por exemplo: temos um consultório médico e três trabalhadores médicos, cada um deles atenderá num período de 4 horas— manhã, tarde e noturno — e isso já configurará uma dada agenda.

Já as necessidades dos usuários podem não estar contidas e contempladas na agenda. Por exemplo: numa área de abrangência caracterizada pela população feminina em idade fértil se disponibiliza atendimentos em ginecologia e obstetrícia desproporcionalmente a demanda, com sobra de agenda para atendimentos na pediatria. Isso tudo pensando apenas no que se disponibiliza em termos de oferta

clínica, sem levar em conta outros determinantes do processo saúde-doença.

Os trabalhadores de saúde têm seus interesses e necessidades, nem sempre correspondentes às necessidades dos usuários ou da organização gerencial.

Pode ser interesse de um trabalhador ofertar na sua agenda ações distintas daquelas planejadas para a Unidade de Saúde em questão: os trabalhadores têm interesse em realizar um horário “corrido” na Unidade para viabilizar outro emprego.

Tarefa árdua: é preciso buscar convergir interesses e desejos dos trabalhadores, com direitos, interesses e desejos dos usuários.

Desse modo, aquilo que estava plano no território-agenda, sem muitos contornos visíveis, se mostra desse ângulo com no mínimo três possíveis estratificações: necessidades organizacionais, necessidades dos usuários e necessidades dos trabalhadores.

Nessas estratificações estão linhas de tensão entre a autonomia dos trabalhadores, o controle e a responsabilização que se espriam para o campo do trabalho em saúde. Nesse campo desenrola-se especialmente trabalho vivo em ato²⁰. A análise micropolítica permite interrogar sua captura que não se dá completamente no caso da saúde.

O capitão Merhy (2002), assumirá o leme nos conduzindo pelas águas, lisuras e estrias possíveis que brotam minando o território-agenda.

O trabalho vivo em saúde não é plenamente capturado e gerido pelo trabalho morto justamente porque é no campo das tecnologias leves que se configura trabalho. As tecnologias leves são aquelas referentes às relações:

A efetivação da tecnologia leve do trabalho vivo em ato na saúde expressa-se como processo de produção de relações interseçoras em uma de suas dimensões-chave, que é o seu encontro com o usuário final, que “representa”, em última instância, necessidades de saúde com sua intencionalidade, e, portanto o que pode, com

²⁰ Segundo MERHY (et al. 1997, 2002), no trabalho em saúde há trabalho vivo em ato devido as características do mesmo pois se processa no encontro do trabalhador com o usuário.

seu interesse particular, “publicizar” as distintas intencionalidades dos vários agentes em cena, do trabalho em saúde (MERHY, 2002, p.51)

As relações entre os trabalhadores, trabalhadores e usuários e trabalhadores e gestão se tensionam ante as distintas intencionalidades em cena: organizar o trabalho, atender a demanda, ofertar aquilo que lhe dá prazer, defender-se frente ao excesso de trabalho, cuidar...

Merhy (2002) fala de uma dupla dimensão da ação do trabalho vivo em ato:

Entender essa dupla dimensão da ação do trabalho vivo em ato, de gerir processos institucionais e de realizar produções propriamente ditas, assim como as possibilidades de tocá-la com processos diretamente referentes aos modos tecnológicos de existir, é primordial na reflexão que se está propondo, pois permite compreender como se pode interferir nos modos como o trabalho vivo opera uma dada produção concreta... (p.63).

Gerir processos institucionais e realizar produções no território agenda não cessam de passar em linhas de fuga em cada encontro trabalhador/usuário que mobiliza, que comove, se firmando no interesse pela vida e na busca de satisfação de necessidades. Também não cessam as capturas das linhas de fuga e do trabalho em saúde, ficando a agenda como máquina que toma vaga, máquina privatizante, máquina presidida por trabalho morto.

Vagas são ondas, ondas insuficientes para surfar saúde e vida: que coisa triste precisar de serviços de saúde. Precisamos do mar!!

O possível articulador das estratificações em suas tensões poderia ser a finalidade posta para o trabalho, ou seja, a produção de cuidados como eixo estruturante do trabalho em saúde.

Nesse terreno ondulado e disforme, se acresce o terreno movediço das finalidades discursivas e das finalidades viabilizadas.

Uma equipe pode discursar ter a finalidade de cuidar, de promover saúde, de proteger a vida. Seus atos e trabalhos podem se fazer em processos defensivos que impedem o encontro, que afastam os usuários, e que aparentemente evitam o sofrimento.

Testa (1995), denomina de atores sociais os personagens da saúde que colocam os planos em ação, ou seja, os trabalhadores. Esses são conhecidos pelo que de fato fazem. A finalidade do serviço é viabilizada através dos diferentes trabalhos. A finalidade pode ser analisada pelo modo como a agenda se constitui. Está a serviço de quem? Da assistência? Do ensino? Dos interesses dos trabalhadores? De quem? Questões a serem postas em análise pelos trabalhadores dos serviços de saúde.

Entre trabalhadores locais e trabalhadores da Secretaria da Saúde, desencontros de agenda: desencontro também com os usuários. O que mesmo está em desencontro? Por quais motivos os usuários são orientados a chegar todos no mesmo horário?

Vejamos quantos argumentos os trabalhadores elencam sobre esse modo de funcionamento:

I-4 – A gente até na pós consulta, teria encaminhado. O que acontece quando eu marco por exemplo, com a dra. X um caso novo dez e meia, onze horas, que é o horário que tá no sistema e com a dra. Y às quinze.

I-5 – Onze horas eu tô saindo.

I-4 – Não, mas tá lá dez horas, o seu retorno.

I-5 – Dez horas é diferente.

I-4 – É, mas mesmo dez horas, porque as mães chegam aqui quinze para às sete, sete horas da manhã pra aguardar uma vaga eventual. Nós, o horário mais tarde que a gente marca no cartão da mãe, pra dra. X é oito horas. Porque a mãe esperaria no máximo uma hora na Unidade, pra faltar alguém pra dra. X, pra ser encaixada numa consulta eventual. E o da dra. Y, por exemplo, a gente espera até às treze e trinta. Deu treze e trinta, não completou as doze vagas da dra. Y, as mães são encaixadas, né? Agora, quinze horas, e têm as doze por exemplo, agora vamos supor têm quatro crianças pra dra. X marcadas às dez horas. Se essas crianças tem em outro lugar marcadas pra às dez horas, dra. X tem que chegar às dez, quatro crianças que ela nem sabe se vão chegar, atender até às onze.

I-5 – Por isso que eu defendo a história do agendamento pelo horário, E não todo mundo às sete da manhã. (Grupo em 3 de Maio de 2002)

Com o caminhar das discussões, uma aparente concordância de seguir a agenda por horário foi sendo tecida e se dispunham discursivamente a modificar a agenda e a orientação quanto ao horário de

chegada dos usuários, mas na lida concreta essas ações não se viabilizaram.

C.C – Então gente, vocês estão falando de um certo incômodo, que vocês têm, de uma preocupação que eu acho que é bastante importante, isso das pessoas esperarem. No sentido de não ser bom, esse tipo de coisa...?.....uma vaga, vai conseguir bastante mais tarde né? Vocês levantaram na reunião passada a questão do Sol, da desidratação, às vezes da própria possibilidade de uma infecção se propagar entre as crianças saudáveis, com as crianças doentes na Puericultura, que ficam muito tempo...

I-1 – Não. Sem contar que o Posto não tem nenhuma instalação de espera né? (grupo em 10 de Maio de 2002)

Mesmo com todos esses argumentos os trabalhadores não conseguiram ainda modificar esse modo de funcionamento no ato de receber, atender, agendar: a chegada no mesmo horário, a espera, a fila, em contraposição com a certeza de quem será atendido, resolução aparente para os trabalhadores.

Quais fatores contribuem para essa configuração?

O que nos dizem outros autores sobre esses fatos? Indaguemos! Na nossa viagem é possível escrever ou ligar para alguns viajantes experientes.

Baremblytt (2003), é um de nossos interlocutores e ele se mira em Deleuze e Guattari para multiplicação de sentidos tão necessários para fugirmos da sobrecodificação.

Retomo seus escritos com a seguinte questão no pensamento:

— Caro Baremblytt: O que aconteceu no território-agenda para que os trabalhadores identificassem possibilidades de modificações que colocariam o trabalho na direcionalidade declarada de atender aos usuários, sem que esperassem demais, sem ficarem expostos ao calor, sem misturar crianças saudáveis da puericultura com aquelas com doenças respiratórias?

Em meus pensamentos se desenha a seguinte resposta:

— Olha, não sei bem o que aconteceu, mas o que não aconteceu foi um acontecimento!!!

Pista interessante essa!! Bichueti já a havia anunciado com toda a paciência mineira durante uma de nossas supervisões:

— Sabe, os acontecimentos arrastam, só o tempo dirá se agenda foi ou não um acontecimento...

Os acontecimentos são atualizações do virtual, aquilo que inventa o novo, que abre possibilidades para novos devires. Essa definição já nos mostra que a agenda não se fez acontecimento.

Continuemos a conversa com Baremlitt (2003). Ele nos convida a olharmos para as superfícies de produção, registro e controle, e consumação. No nosso território-agenda, como se desenharam essas superfícies? Voltemo-nos a essa estratificação que pode também nos auxiliar na produção de sentidos dessa paisagem hora lunar, ora pantanosa, montanhosa, diversa e adversa que estamos percorrendo.

A superfície de produção é onde se encontram a produção e o desejo, é imanência, aquilo que ainda não tem existência, mas que contém o que virá.

A superfície de registro e controle é a que se materializa pela captura da diferença, é a superfície das repetições, do conhecido.

Segundo Baremlitt (2003, p. 53): “a superfície de Registro e Controle só aceita aquilo que pode incorporar sem transformar radicalmente”.

Na superfície de consumação tanto a produção ou o registro e controle se realizam. Consumação no sentido de consumo.

A superfície de registro e controle foi a que se consumou na discussão da agenda: não foi possível o novo, a modificação, a produção. O modo de funcionamento dessa superfície se parece com o paranóide: desconfia, suspeita, se defende.

Uma das tarefas da esquizoanálise é a de promover a raspagem da superfície de registro e controle, interrogando, destruindo as certezas que movem os interesses.

A raspagem desses sentidos em relação à agenda precisa passar por escavações arqueológicas. Mergulhem no subsolo, escavemos com

cuidado, norteados pela interrogante: quais aspectos de nossa história ficaram nos ossos, nos utensílios, nos alicerces, que fundam certezas nos trabalhadores?

No primeiro sítio, se desenha a pergunta:

É possível aceitar a marcação de consulta por horário para uma população SUS? Isso não será privilégio para os que freqüentam consultórios privados? É nosso amigo Bichuetti quem formula a questão nos espaços de supervisão.

Um outro desenho se define, é o território-fila, a população precisa ficar em fila para obter aquilo que lhe será “doador”. Herança cultural construída na história das políticas de saúde do Brasil, até porque só muito recentemente, em 1998, conquistamos o direito à universalidade (Saúde: direito de todos e dever do Estado).

Nas relações dos trabalhadores, o território-agenda pode ocultar a não aceitação dos serviços públicos de saúde realizados com qualidade, como direito de cidadania. As agendas são benemerências? Ofertas que já se teria que agradecer, antes mesmo de usufruir? Não estaria se materializando a concepção de saúde como bem de mercado? Ela dita: quem paga tem direito, quem não paga tem migalha.

A história dos coronéis que prestavam favores aos colonos e escravos ainda perdura em Ribeirão Preto, a terra do café?

Guattari (1983) sugere a produção capitalista do trabalhador; também sua concepção de saúde é produção das máquinas totalitárias capitalistas:

Diferentemente do fascismo, as máquinas totalitárias capitalistas, ao mesmo tempo que captam a energia do desejo dos trabalhadores, esforçam-se para dividi-los, particularizá-los e molecularizá-los. Infiltram-se em suas fileiras, suas famílias, seus casais, sua infância; instalam-se no coração de sua subjetividade e de sua visão de mundo (p.186)

As escavações arqueológicas prosseguem, encontramos um fóssil que se transmuta em petróleo, dinheiro, mercadoria, quantidade. A

produtividade jorra no território-agenda, os trabalhadores temem agendar nos horários e seus números de produtividade caírem:

I-1 – Mas isso é uma coisa assim, uma coisa complicada que demora muito, por exemplo, na Cuiabá, uma vez a gente fez atendimento por horário, primeiro teve esse problema do pinga-pinga, que muitos profissionais reclamavam que ficava lá de braços cruzados e a hora que dava nove, sentava, aí por exemplo, o profissional tem uma meta, doze ou dezesesseis consultas por horário. Aí o que acontece? Se ele não atendia o eventual, ou não viesse o das dez, a meta dele ficava lá embaixo. Entendeu? Mas o profissional ficava ali das sete às onze. Só que aí começou a cair profissional. Entendeu? E isso eu lembro que na época, o dr. fulano até discutiu encima disso, a gente retornou até por conta dessa questão de produtividade...(Grupo de 3 de Maio de 2002)

O modo capitalístico de produção se interpõe no território-agenda. Para os gestores dos serviços de saúde e para os trabalhadores a produção em saúde é quantificada através do número de procedimentos executados.

O território-agenda ilustra o modo como o capitalismo se moleculariza, se instala nos micro-espacos:

O capitalismo é obrigado a construir e impor seus próprios modelos de desejo, e é essencial para sua sobrevivência que consiga fazer com que as massas que ele explora os interiorizem. Convém atribuir a cada um: uma infância, uma posição sexual, uma relação com o corpo, com o saber, uma representação do amor, da honestidade, da morte, etc. As relações de produção capitalistas não se estabelecem só na escala dos grandes conjuntos sociais; é desde o berço que modelam um certo tipo de indivíduo, produtor-consumidor (GUATTARI, 1983, p.188)

A produção de procedimentos se naturaliza no cotidiano dos serviços de saúde, passa a ser mais importante que a humanização do serviço e representa a sobrevivência dos trabalhadores pois a baixa produtividade ameaça os repasses de recursos financeiros no sistema de saúde.

Como disse Campos (1997b) as questões — a epidemia foi controlada, o paciente se recuperou — deixam de ser formuladas para se questionar: quantas consultas? Quantos procedimentos?

Um inampsiamento das ações em saúde continua a ser fabricado e reproduzido, mesmo com a extinção do antigo INAMPS. O pagamento por produtividade, a compra de serviços, as filas, as fraudes, os favores...

Lembro-me do povo atendido na avenida da Saudade, não tenho saudade! Lá ficava o INAMPS, filas marcadas (antes de ocorrerem) em cores percorriam o chão: amarelo: coração, azul: pulmão, rosa: digestão... Assim se desenhavam os corpos fragmentados nas cores das linhas desenhadas no cimento: organização? Seis da manhã e as filas de gente apagavam as linhas coloridas do chão. A fila ainda persiste nos serviços de saúde, também o corpo desenhado em pedaços e cores, se não estão mais no chão, se embrenharam nos computadores adentro, escondidas, estão digitais e vivem no trabalho em saúde.

Na Avenida da Saudade não há mais serviço de saúde no prédio que antes de ser INAMPS fora manicômio. Suas paredes ainda gemem os loucos e os fragmentos em vão.

3.4 Agenda e controle – agenda e sedução:

Se a Unidade de Saúde opera reconhecendo majoritariamente a agenda médica, é de se esperar que sobre ela haja um certo controle. Quem operaria a disponibilização da agenda médica? As técnicas de enfermagem que fazem a recepção dos pacientes e confeccionam a agenda no sistema informatizado:

I-2 – E no computador como é que são os horários? É às sete, não, é desse jeito né? Dois às sete, dois às oito...

I-5 – Três...

I-7 – Não. Três às sete, três às oito...

I-2 – Três às sete, três às oito,

I-7- São nove?

Alguém – Não sei.

C.C – São doze mais um encaixe pra cada hora.

I-6 - São doze no computador. É assim olha: são três casos novos... (falas conjuntas).

C.S – Quem que faz a agenda no computador?

I-6– Nós que fabricamos.

C.S– Isso. Então... (risos)

I-4– Não tem norma estabelecida pelo sistema?

I-6 – Não. Cada Unidade segue o seu.

I-4 – Ah! Pensei que tinha norma estabelecida. (Grupo de 10 de Maio de 2003)

A Atribuição de confeccionar a agenda dos demais trabalhadores é uma ação a constar da agenda do gerente da Unidade de Saúde. Na Unidade estudada o gerente se surpreende com esse fato, achava que essa era uma formulação já posta pelo sistema de informatização da Secretaria Municipal da Saúde.

Quando foi implantado o sistema de informatização nas Unidades de Saúde do Município, os gerentes foram encarregadas da confecção (e também do controle) da agenda dos trabalhadores.

Na Unidade estudada a construção da agenda já era realizada pelas técnicas de enfermagem quando a gerente foi designada. Pela discussão parece que esse fazer/saber não se modificou após sua entrada, permaneceu na agendas das técnicas de enfermagem.

Outra linha de fuga que se desenha e se encaminha de imediato para as linhas duras e circulares, no centro ao invés de estar a gerente, estão as técnicas de enfermagem.

A “formulação” das agendas pelas técnicas de enfermagem, que fazem a recepção da Unidade, é produção que estabelece poderes dentre os trabalhadores. Deleuze (1992), amigo e interlocutor de Foucault, define poder:

O poder é precisamente o elemento informal que passa entre as formas do saber, ou por baixo delas. Por isso ele é dito microfísico. Ele é força, relação de forças, não forma. É a concepção das relações de força em Foucault, prolongando Nietzsche, é um dos pontos mais importantes de seu pensamento (p.122)

Quem confecciona agenda no computador tem poder/saber, mas tem o desconforto de se interpor entre o descontentamento dos trabalhadores médicos frente a inclusão e encaixe de usuários “eventuais” e a demanda que chega dos usuários em formato de queixas. Então trata-se de um trabalho muito desconfortável e desgastante. Não seria prudente a inclusão de outros trabalhadores nesse fazer? A gerência não

poderia ser partícipe e também as agentes comunitárias, os médicos, as enfermeiras, as auxiliares de serviço, os residentes?

Há agenda/disposição para esse fazer/saber agenda/recepção coletiva? Há que se agenciar a recepção coletiva para a equipe engenhoca mutante.

Vimos quais são os critérios para entrar na agenda e conseqüentemente entrar no serviço: o número de vagas para atendimentos, a oferta de serviços que os trabalhadores fazem (grupos, etc), as áreas de moradia (regionalização).

Mas entrar ou não na agenda acaba sendo vazado também por outros fatores:

I 1 – Primeiro, é Ginecologia que a senhora quer ? A senhora pode vir marcar, que a gente marca...?....

CC -...inaudível....

CS -...na fila né?

I 1 – Não, primeiro eu marco todo mundo que mora pertinho, aí sobrando uma vaga, eu guardo pra senhora.

CC- Então, como é que é?

C.S – Vai guardar vaga... (grupo 21 de Junho de 2002)

Um acerto conforme a clínica que se procura acaba sendo favorecido até pelas distintas áreas de abrangência com as quais a Unidade trabalha. Quando alguém me guarda uma vaga fico com sentimento de que fui favorecida, então devo um favor para quem me encaixou.

O trabalhador encontra aqui um modo de compensar o desgaste cotidiano da recepção? Esse modo seria o de colocar para o usuário o atendimento como uma exceção: meu papel é agendar o atendimento se houver vaga, como não tem, para você vou abrir uma exceção e fazer com que seja atendida, *hoje você passa*, ou seja, deixo-o passar.

C.C - Pra eu vir aqui...

I 1 –É. A senhora vai voltar aqui no primeiro dia de Julho. Às sete horas da manhã, a gente abre aqui...

I 2 – A I 1! Não, ela tá fazendo isso ...?...(risadas)...que ela fala. Então, a primeira coisa que vocês falam não é isso? Você fala pra ela que ela

Alguém - ...dependendo do bairro que ela mora...e aqui...?....

C.C – E se eu falo assim: - Ah, I 3 arruma um lugar pra mim, eu gosto daqui!

I 1 -ela gosta da gente.

I 3 - ...no dia, eu falo, então hoje você passa mas depois você procura seu bairro...

I 1 – A gente sabe que você não vai procurar, você vai ver o resultado aqui...

I 2 – Existe uma sedução, como você falou que você gosta daqui, ela já...ela já entrou...

Alguém - ...falou a palavra mágica

I 1 – É.

I.3 – Ela precisa naquela hora, uma consulta de urgência, é conversar, tirar uma dúvida. Tem vaga, a gente até coloca, mas depois a gente manda pra área dela.

I.1- E aí ela não vai. (grupo 21 de Junho de 2002)

A sedução é um dos modos de conseguir passar pelas barreiras da agenda.

Depois de conseguir passar pela barragem das vagas e das áreas de abrangência, quem vai arriscar nova incursão pedindo atendimento? Você iria? Nem eu!!!

Faz sentido a expressão: *“graças a Deus consegui um atendimento no posto”*, expressão tantas vezes proferida pelos usuários em contrapartida com a expressão do trabalhadores: *“hoje você passa, hoje te encaixo!!”*

Publicizar os critérios de inclusão e exclusão dos usuários, demarcar as regiões de privatização dos trabalhos (a recepção é das técnicas de enfermagem, a agenda de trabalho é de cada um dos trabalhadores individual e pessoalmente) são tarefas importantes para desmontar a equipe flexneriana, máquina resistente que enrijecida se corrói para a produção de cuidados e se perpetua com a produção do “desejo de não desejar”:

Para Francisco (2000), autora que discute as instituições e os dispositivos adotando o referencial esquizoanalítico, o desejo capturado se faz desejo de não desejar:

Da mesma forma que num rizoma pode haver paralização de conexões, tornando-se um sistema arborizante, o mesmo pode ocorrer com o desejo: as políticas do desejo não são

necessariamente rizomáticas; pelo contrário, haverá o bloqueio do desejo quando um sistema fechar-se sobre si mesmo, sobrecodificar-se em suas linhas e em seus agenciamentos, produzindo a partir daí o desejo de não-desejar (FRANCISCO, 2000, p. 14)

O sistema de arborização empresta a imagem das árvores como tendo um tronco central de onde saem às ramas e as raízes. As linhas de segmentaridade dura do tipo circular comparada a vegetais tem mais aproximação com as árvores que com rizomas.

As linhas flexíveis e de fuga são parecidas com os rizomas, vegetais que não tem divisão estabelecida entre as células e crescem por todos os lados. Queremos os rizomas, as entradas e saídas por todos os lados!

O território agenda se bifurca! Expressa uma angústia dos trabalhadores de saúde, angústia que pode raspar superfícies de registro e controle; a regionalização das agendas servem para incluir ou excluir os usuários?

Situando o viajante-nômade, estamos novamente num encontro em 14 de Junho, o assunto anteriormente tratado era a questão da regionalização e então, a validade de algumas regras começaram a ser interrogadas:

Alguém - Pra situar.

CC- Com base nisso a gente queria perguntar: o que vocês querem discutir?

I-1 – Então, eu fico pensando isso né? Você fala: - o quê que norteia o nosso trabalho? Eu acho que o norte é o atendimento ao paciente... Todos aqui têm o desejo de atendimento de boa qualidade! Ahn... No sentido de que o paciente também saia satisfeito né? Ahn... Que a gente... Também fique satisfeito né? Mas assim... Sabe a impressão que eu tô tendo, né? De todo esse processo? Que na verdade assim: as coisas que deveriam organizar o trabalho, não sei se porque não ficam entendidas... ou porque... ficam automatizadas e a gente deixa de questionar. Não sei bem assim, fazer uma síntese direito né? O quê que acaba fazendo? O que deveria ser um organizador passa a ser o desorganizador né?

(Grupo em 14 de Junho)

Os trabalhadores se propõem a uma finalidade: o atendimento do paciente. Para isso conformam regras de organização que acabam desorganizando, às vezes inviabilizando a finalidade declarada.

I-1- Ahn... Em vez de dar...assim... Não é bem um desorganizador, mas é um ponto de conflito né? E eu fico pensando se no dia a dia a gente acaba não parando pra pensar, o quê que a gente tá fazendo, como que a gente tá fazendo? A gente...a gente entra na máquina né? Sabe? Então..., o paciente chega aqui:- Ah, tem consulta, não tem consulta... vem a ladainha..., sabe? Às vezes fica até como uma ladainha mesmo, né? Assim, um negócio que é falado automaticamente! Eu acho assim, até que muitos... não conseguem entender isso como uma razão plausível... (Grupo em 14 de Junho)

Nessa configuração a máquina é de reprodução, de repetição, ladainha... falando em ladainha:

“Ave Maria cheia de graça, não tem graça, porque é de graça? também não tem vaga, não tem vaga, não tem vaga!!!”

Reza dura de rezar, ladainha do trabalhador e penitência dos usuários ?

Ouçá o Gilberto Gil comigo, sua música chama-se procissão:

Meu divino São José
Aqui estou em vossos pés
Daí-nos chuvas com abundância...

Olha lá, vai passando a procissão
Se arrastando como cobra pelo chão
As pessoas que nela vão passando
Acreditam nas coisas lá do céu
As mulheres cantando tiram verso
Os homens escutando tiram o chapéu
Eles vivem penando aqui na terra
Esperando o que Jesus prometeu... (GIL,1989)

O que Jesus prometeu? “Eu vim para que todos tenham vida”, e acrescenta Bichuetti (2003): vida plena.

Produzir vida plena saindo da repetição e das ladainhas!

Tornar a agenda destinação de cuidado, como direito de todo nosso povo à saúde, e não como máquina compactadora de demanda dos usuários, ainda é um intenso desafio para os trabalhadores da saúde,

desafio a ser considerado para o desmonte da equipe-máquina flexneriana/resistente.

Mas a equipe máquina-flexneriana/resistência fica vulnerável quando encontra-se com as agentes comunitárias de saúde que produzem uma disjunção: falam **não** para os usuários limitadas pela agenda e pelo controle dos demais trabalhadores mas acreditam que poderiam dizer **sim**, então falam não dizendo sim e produzem confusões, nova desterritorialização.

I 1 – Ou os dois! Né, por exemplo , eu vejo as agentes comunitárias né? Falando não pros pacientes, mas achando que deviam falar sim! Que a unidade podia dar um jeito né? Que podia trabalhar desse jeito, entendeu? Então ela fala não, dizendo na verdade sim! No íntimo dela, a vontade é dizer que sim! Ela acha que é possível né? Assim, não tô fazendo crítica! Eu tô achando que é uma coisa que...sabe? Fica muito...

CS – Como que isso tem sido captado pelas...pela unidade? As agentes falam assim: - falam uma coisa querendo dizer outra! É... porque ela tá entendendo que a unidade deveria se organizar. A unidade faz o que com isso?

I 1 – Então eu acho que isso na verdade tem sido... Não fica explícito, não fica claro, tem sido o nódulo de conflito.

CS - A unidade se contrapõe a essa...

I 1 – Não, quando a gente vem aqui, tá estourando a panela de pressão e você nem sabe o que tá acontecendo!

SILÊNCIO

Alguém – É verdade.(grupo em 14 de Junho)

Essa desterritorialização expõe que o desejo de incluir, cuidar, tratar, dos demais trabalhadores foi capturado pelo tempo, pelas regras, pela violência, pela sedução, sobrecodificado pelo modo de organização do trabalho em saúde, que desnuda a inclusão plena anunciada na reforma sanitária brasileira (universalidade) e permite a inclusão diferencial da diferença²¹.

Diferente é o povo, são os pobres, aqueles para os quais existem serviços públicos de saúde, para os demais, os consultórios, os convênios, a hora marcada na agenda vip? Chega dessa inclusão excludente.

²¹ A inclusão diferencial da diferença é uma característica da sociedade mundial de controle, ver maiores em Deleuze (1992)

O tempo, as regras, os treinamentos fazem com que essa perspectiva de inclusão excludente dos usuários seja compactada, naturalizada (não tem como mesmo!!!), formatada:

I 2- Eu acharia legal que elas colocassem, né? Por exemplo, pra mim tá complicado colocar porque faz 25 anos que eu tô aqui né? Então essa fase de ansiedade delas, eu passei por ela nos anos oitenta né? Quando a CS foi fazer treinamento de PPD na sala de vacina comigo né, CS? Faz um tempo né, CS? Então assim, é uma ansiedade que a gente tem! Não sei assim, é um negócio assim, se vira um aprendizado, uma forma, porque não é a gente... É um sistema né? Porque as coisas não são assim né? É que sonhar é permitido! A gente sonha! Mas que é tudo assim... É um sistema.(grupo em 14 de Junho)

Um sistema de captura! O sonho se perde, o desejo é aprisionado, os trabalhadores formam equipe dura, inflexível, árida, triste.

Os agentes comunitários são potência de descaptura, falando não e sim trazem para o serviço a voz do usuário, povo representado.

O não-sim do agente e seu não-saber técnico oficial podem transversalizar a equipe, arranhando certezas. Mas é possível capturar a potência de transversalizar a equipe presentes no encontro da diferença: trabalhadores de saúde com formação técnica especializada e agentes comunitárias com formação popular? Mais adiante veremos possíveis desenhos de aprisionar e formatar as agentes comunitárias de saúde.

3.5 Concluindo e reabrindo

A discussão da agenda desembocou num patamar onde não mais era possível discursar querer mudanças, ventania que desnudou o desejo de não mudar, de reproduzir, de prosseguir agenda, trabalho, rotina, atendimento como conhecem.

Não foi possível reformular o atual formato das agendas dos trabalhadores da Unidade de Saúde.

E agora José? pergunta Drumond: O dizer não foi fazer. As linhas de visibilidade e dizibilidade se deslocam: O dizer é mudar, o visível é mudar para quê? Já não está bom?

Tantos pisam esse chão que ele talvez
um dia se humanize. E malaxado,
embebida da fluída substância de nossos segredos,
quem sabe a flora que aí se elabora, calcária, sangüínea?
(ANDRADE, 1983, p. 130)

Finalizando nosso percurso pelo território agenda interroguemos mais uma vez: as agendas existem para regulação de fluxos de gente, de desejo e de vida? Pouco serviço de saúde e muita gente para atender? Parece também isso: são barragens de usuários para os serviços de saúde que estão privatizadas por distintos trabalhadores pois cada um tem a sua e a controla e assim fortalecem a equipe flexneriana/resistente às mudanças. Trabalhador de saúde deveria ser produtor de vidas, não de barragens, se aborrece com isso, acha jeitos de prosseguir: reproduz.

As discussões sobre a agenda extraíram pelo meio as dificuldades de aceitar a imprevisibilidade dos atendimentos em saúde e o medo de não-saber dos trabalhadores, que a produzem equipe dura-sem-cintura e inflexível.

Território reticulado que abre-se em fissuras passando a liso quando produzem-se não sentidos, ladainhas, e mais sofrimento que qualquer coisa, estria-se e alisa-se, sem cessar, se produzindo mais estriado e árvore.

Antes de entrarmos no território da paranóia, façamos uma pausa para relaxar: Lembra-se que durante as discussões sobre a agenda um trabalhador falou do desejo de realizar um trabalho que traga satisfação?

Todos aqui têm o desejo de atendimento de boa qualidade! Ahn... No sentido de que o paciente também saia satisfeito né? Ahn... Que a gente... Também fique satisfeito né? (Grupo em 14 de Junho).

Viajemos em lembranças:

Estamos num sítio em Minas Gerais, o inverno tem castigado mais com a secura do ar que com o frio. As árvores e todas as plantas estão ressentidas pela falta de chuva. O pó da terra faz a atmosfera mais vermelha e os bichos estão mais juntos e encorujados.

O trabalho de análise dos grupos para a escrita da tese tem me acompanhado mesmo nos raros momentos de folga e de conversas com meus irmãos. É um deles que me conta sobre uma conversa de roça.

Sr Emílio é peão, amansador de cavalos, retirante, vive a vida num lombo de bicho.

Durante a pausa do almoço acontece o seguinte diálogo:

— Sr Emílio como a égua Estrela está bonita, nem parece que esteve doente.

— Pois é, tava bem judiada, mas eu fui tratando, tratando, ela foi me agradecendo, agradecendo...

— Agradecendo? Como assim?

— Foi arribando, melhorando, sarando.

Um link com nosso estudo e nossa viagem: na língua menor do caboclo de Minas um profundo ensinamento sobre e para trabalhadores de saúde: Esperamos que as pessoas das quais cuidamos nos agradeçam!!! Agradecimento que não tem a ver com não reconhecimento do direito à saúde. É direito do usuário ser cuidado com resolutividade e qualidade. Esperamos que ele agradeça melhorando, arribando, sarando, isso é satisfação, é passagem do desejo para a produção e produção de desejo.

Essa é uma busca legítima, pois o trabalhador sabe, às escondidas, que o sentido do que faz é o de que o outro se sinta cuidado e preferencialmente que se restabeleça. Quem cuida, quer colher frutos do trabalho: quer ver a vida rebrotar, mesmo no inverno, invernada.

Território Paranóia

4 Território Paranóia:

É tempo de meio silêncio,
de boca gelada e murmúrio,
palavra indireta, aviso
na esquina. Tempo de cinco sentidos
num só. O espião janta conosco
(ANDRADE, 1983, p. 112)

É tempo de nos dirigirmos a um outro território que denominaremos de “paranóia”. Volta e meia olhamos para trás. A sensação é a de estarmos sendo observados sempre.

O sol é um grande olho que tudo vê como os de Horus, filho de Osíris. Deus egípcio, Hórus é criatura com corpo de homem e cabeça de águia. Seus olhos são misturas de olhos humanos e olhos de águia: uma porção sol e outra lua, podendo enxergar dia e noite.

Olhos negros de sol e de lua rondam a paisagem paranóia. O terreno é pequeno mas tem espelhos por todos os lados, o que produz uma amplificação dos sentidos e das dimensões, fazendo do horizonte um enclausuramento; da planície uma jaula.

Olhem para céu, sigam o Amir Klink (1985) em sua imagem de um tubarão amarelo de nuvens deixando escorrer de seus olhos o amanhecer:

O tempo não andava muito católico e eu aguardava ansioso as primeiras luzes do amanhecer para ter uma noção de como seria o dia. O mar poderia às vezes por algum tempo, parecer o mesmo, mas o céu, nunca. Cada amanhecer e cada pôr-do-sol, por mais que o tempo fosse estável era sempre uma nova surpresa. Os primeiros sinais do dia que estava para nascer revelaram sombras escuras no horizonte. Não havia céu. Nuvens grossas corriam com o vento forte, baixas, não deixando o sol sair. [...] Aos poucos o escuro foi-se diluindo em direção ao nascente e os contornos desse vazio tomaram uma forma achatada e definida que acompanhou as nuvens. A luz vermelha do dia entrou por ali, deixando claramente definido o formato de um tubarão.[...] A pequena nuvem que fazia o olho derreteu-se e escorreu como uma lágrima arrancada pelo vento. E, por dentro do tubarão, o dia nasceu (KLINK, 1985, p.130).

Tubarão nas nossas cabeças são projeções dos tubarões das águas do mar, ficam grandes demais e ganham também o céu. Deles escorrem amanheceres e milhares de pontos luminosos.

Medo do tubarão que ronda o barco frágil, e os temores da equipe em paranóia são os mais variados: medo de ser visto, de não saber, de perder, de não ser incluído, de ser “patinho feio”. A competição é facilitada pois não sabemos quem são os amigos e nem quem são os inimigos, e o importante é se sobrepôr, se destacar. Desconfiem de tudo e de todos.

Há uma exterioridade hegemônica e tudo se passa no outro e com o outro, cisão do dentro e do fora, dentro há o conhecido: o eu mesmo, e fora estão todas as dificuldades: o outro é que não muda, o outro é quem atende a população de modo inadequado, o outro precisa ir embora para voltarmos a viver em paz.

Nesse território não há possibilidade de inclusão plena da diferença que ameaça mostrando nossos medos e limites, há apenas potência para a exclusão que acalma e confirma que o problema é o outro, está no outro e fora.

Por falar em medos, lembremos dos três medos ontológicos do humanos: medo de morrer, de fracassar e de enlouquecer. No território paranóia eles estão bem atizados, e para não fracassar, que o fracasso seja do outro, para não morrer que a morte seja outra (não desejar — morte do desejo,) e para não enlouquecer, a loucura é não viver.

[...] **há sempre uma angústia pairando no ar**. Angústia que tem uma **face ontológica** (medo de a vida se desagregar, de ela não conseguir perseverar; **medo de morrer**); uma **face existencial** (medo de a forma de exteriorização das intensidades perder credibilidade, ou seja, de certos mundos perderem legitimidade, desabarem; **medo de fracassar**); uma **face psicológica** (medo de perder a forma tal como vivida pelo ego; **medo de enlouquecer**). Essa angústia gera uma tentativa, sempre recomeçada de abolição da ambigüidade.[...] Dá para dizer que essa angústia é a própria nascente dos mundos (ROLNIK, 1989, p.49).

Amanheceres escorrendo dos olhos de tubarão: paranóia é nascente da mesmice, da repetição, pode ser nascente de outros mundos.

Para Deleuze e Guattari (2000) há em produção permanente nas instituições o modo de funcionamento esquizo e o paranóide.

No modo esquizo há cisão com o conhecido, há possibilidade do novo, da arte. No delírio esquizo temos produção de produção, a descaptura do modo de subjetividade capitalística que se singulariza em devires outros, devires em potências.

Paranóica é a seqüência, a repetição, a diligência para os buracos negros, pontos de anti-produção da vida.

Baremlitt (199-?) assinala que o pólo paranóide fecha possibilidades de invenção, fecha-se sobre si mesmo, o esquizo abre:

[...] em todo escrito, em toda iniciativa, em todo discurso, etc... tem o que se chama um pólo paranóide [...] um pólo paranóide, um pólo fascista, um pólo hierarquizador, acadêmico, aristocrático, que fecha. E um pólo esquizóide, um pólo revolucionário que abre (BAREMBLITT, 199-?, p.10)

Na proposta esquizoanaítica é tarefa associar-se ao pólo esquizóide revolucionário, como diz o autor acima, soprando as brasas desse pequeno fogo para avivá-lo porque este arrasta para a vida. Um grande incêndio pode ser produzido a partir de pequenas fagulhas, incêndio produtor de vida e não consumidor dela.

No território paranóia, a dor é negada e retida. Múltiplas dores.

A dor frente à exclusão social, miséria, morte, afeta os trabalhadores e são trazidas em cenas vividas com cotidianidade.

Ante a dor produzida pelo sofrimento no trabalho em saúde, Sá (2001) analisa sua banalização e a do sofrimento alheio e elenca modos da manifestação nos serviços de saúde:

Se manifesta pela apatia burocrática, no corporativismo, e na omissão dos profissionais, na falta de ética, de respeito, e de solidariedade na relação entre profissionais de saúde e destes para com os usuários/pacientes. O clientelismo e o fisiologismo também não poupam os serviços de saúde. O saldo desse processo não se traduz apenas em ineficiência, baixa produtividade, baixa cobertura e baixa qualidade dos serviços, mas principalmente, em sofrimentos, seqüelas e mortes desnecessárias (p. 154)

Deixemos os textos do saber oficial reconhecido. Peço licença ao viajante nômade primeiro para abrir um jornal. De preferência na parte

mais leve, onde haveria ilustrações como se intitula o caderno²², mas a surpresa é a palavra escrita em letras grandes: **Dor**. Acima da página uma foto de gente presa e cercada, expressões lívidas, olhares distantes, profundos e graves. Num canto da foto a mensagem escrita: *“internos em campo de concentração em Buchenwald, Alemanha, em 1945”*.

Vem-me a mente: gente morta e ainda aflita. O texto tem tom de entrevista, com perguntas e respostas, acima da foto está em letra menor: *Susan Sontag vê a*. Ela vê a dor, por ser fotografa mostra a dor por fotos de guerra.

Em um dado trecho da matéria a entrevistada revê sua posição em “Ensaio de fotografia” dos anos setenta. Defendia que a força moral de mostrar fotos de guerra estaria neutralizada pelo excesso de exposição. Acompanhe-me num trecho da matéria:

Não é o acúmulo de fotos que produz a indiferença; há uma série de outros fatores em jogo. “A compaixão é uma emoção instável” diz a autora. “Ela precisa ser traduzida em ação, do contrário definha”. Comover-se apenas, não é grande mérito moral. Por outro lado, podemos facilmente querer virar a página do jornal ou desligar a tv se considerarmos que a situação retratada é insolúvel. Sem dúvida uma mera foto, por mais terrível que seja, não substitui a uma análise contextualizada da situação que a produziu. “Imagens dolorosas e pungentes fornecem apenas uma centelha inicial para que cada um de nós (se puder) vá mais adiante. (COELHO; MOURA, 2003, E-4, entrevista concedida por Susan Sontag ao Jornal Folha de São Paulo)

Multiplicando: A exposição exagerada de cenas de dor e sofrimento deixa o trabalhador de saúde num estado de imunidade a dor (que produz a não-humanidade) e a não-tradução do sentimento produzido pelo contato com a dor em ações concretas faz definhar a comoção e é necessária a contextualização, a conversa, a produção de sentidos para a dor e o sofrimento vividos no trabalho em saúde. Ao invés de negá-la, multiplicar seus sentidos e carecemos tomar a dor como centelha não para consumir a vida mas para deixá-la passar livre e...

²² Matéria publicada em 23 de Agosto de 2003 na Folha de São Paulo, caderno ilustrada, E-4.

Vamos para outros campos de saberes que também tratam das dores humanas, a música popular canta:

Tem dias que a gente se sente/ Como quem partiu ou morreu/
A gente estancou de repente/ Ou foi o mundo então que
cresceu/ A gente quer ter voz ativa/ No nosso destino mandar/
Mais eis que chega a roda viva/ e carrega o destino prá lá/
(BUARQUE;MPB 4,1967)

Paranóia é roda viva que faz a dor estancar de repente e o mundo crescer e o tubarão ganhar o céu e a voz ativa calar *nas voltas do meu coração*. Paranóia é o lugar da acusação: acusações no trabalho, vejamos as oito peças de acusação de Massi (1999):

Primeira acusação: as organizações produtivas fabricam infelizes porque constroem os seus dependentes a serem (ou pelo menos parecerem) eficientes e competitivos a todo o custo (p.31)

Na paranóia a competição: atacar antes.

Segunda peça de acusação contra a atual organização do trabalho: a tristeza estética de seu teatro de guerra (p.32)

Nos locais de produção a desordem, a feiúra, anonimato e a monotonia, a falta de condições no trabalho.

A prática da hora-extra, a incapacidade de compensar os inconvenientes vividos pelos trabalhadores (as dores no trabalho em saúde, por exemplo), o tempo contado, a estranheza e a impotência que são gerados nos colaboradores da organização, o sadismo e o medo, e a degeneração burocrática, são as outras teses de acusação para a organização atual do trabalho elencadas por Massi (1999).

Embrenhemos paranóia adentro, acusações e defesas!!!

4.1 O início dos trabalhos: a supervisão é a paranóia !!!

Por muitas vezes, no papel de pesquisar/intervir fomos arrastados por labaredas incandescentes que tomavam por combustível o oxigênio e a vida, lava, magma liquidificada em calor, que grudava a equipe de análise/intervenção no pólo paranoico junto com a equipe. O pesquisar/intervir do início dos trabalhos deixava-nos todos em paranóia:

ver e ser visto, medo das analistas e da equipe, desconfortos que fizeram um esconde-esconde infantil mas não-criança.

C. C - O que vocês acham que vai acontecer aqui?

I 1 - Fiquei pensando na metodologia () preocupada () ansiosa. () às vezes...

C. C - com qual finalidade que ficou ()

I-1 - () ajuda () intervenção externa, () caminhar um pouco melhor

C.C - E as outras pessoas? (grupo em 8 de Março de 2002)

O sentimento de preocupação e ansiedade e o desejo de caminhar melhor, emergem assim como as falas não capturadas²³ e registradas por inteiro, frases esburacadas, queijos e luas no diálogo do grupo .

I-2 - Posso estar colocando? Espaço para reflexão sobre o trabalho() caminhar, entender

I-3 - A primeira vez enriqueceria só vocês, teria retorno () vomita e não ajuda a resolver () Aí vocês voltaram, explicaram. () Dr Z até discordou de vocês. Acho que vai por em confronto () essa discussão, as relações, as angústias com o trabalho () Penso () claro que vocês estão, vão tirar proveito (). Espero ter um retorno. () as pessoas não estão com propostas de mudar. () preocupada que não são as mesmas pessoas que vão participar de todas. () tenho certeza que vai ()

I-4 - Acho que vocês vão observar o comportamento de cada um, como agem (), se está tendo entendimento, se tá tendo muito desacordo.

I-5 - O que a I-4 da falou mais o trabalho. É isso? (grupo em 8 de Março de 2002)

Ser explorado e expropriado é o que parecem temer. As relações capitalísticas, de benefício apenas de uma das partes, são conhecidas no mundo do trabalho e por esses trabalhadores que se propõem a resistir a nova exploração que entendiam se desenhar: neste caso, a das pesquisadoras que levariam deles os dados, os conhecimentos e fariam um capital individual e privado, a tese.

Resistir a exploração é linha de fuga possível para o modo capitalístico de produção. O serviço escola talvez já tenha vivido muitas

²³ Nesse momento da intervenção/pesquisa, não estávamos fazendo uso do gravador, devido a não solicitação formal para os trabalhadores de suas autorizações o que foi realizado nesse encontro de 8 de Março.

vezes a chegada dos pesquisadores, como a dos colonizadores que nos idos de 1500 D.C. atravessaram os mares em expedições levando o que lhes interessava mediados pelo saber/poder numa relação de força desigual.

A equipe de análise/intervenção ganha dos trabalhadores o grande olho que tudo vê, e ainda o apito de juiz do jogo. Um anúncio: *“as pessoas não estão com propostas de mudar. () preocupada que não são as mesmas pessoas que vão participar de todas”*.

As lembranças do referencial de grupos operativos (ADANSON, 1977), nos levam para as fases e mitos vividos nos grupos: “Eu não sou você”, a acentuar a diferença pelo temor da fusão e da indissociabilidade, abrindo-se para o desejo de “Eu sou você”, participante igual, amante igual, investidor igual nas propostas do grupo.

A esperança da terceira fase do grupo nesse momento é da equipe de intervenção: “Não sou você, sou como você”. Poderá haver a diferença, e sua inclusão não dividirá, fará dos trabalhadores uma máquina de produção de vida.

Encontro com a onipotência no trabalho de análise/intervenção: o grupo tem um traçado à priori na cabeça da analista. E a diferença, os outros caminhos possíveis, o entre, a multiplicidade de devires?

Esquema árvore de representação dos grupos: semente, broto, árvore, seqüência e fases. Os grupos operativos fazem parte da caixa de ferramenta das analistas, e a questão é como fazer da árvore um rizoma? Como fugir do único sentido? Da sobrecodificação? Arriscando, saindo do conhecido, talvez, mas em paranóia é difícil para as analistas se arriscarem.

Ouçamos o convite de Deleuze e Guattari (2000):

Nunca fazer raiz, nem plantar, se bem que seja difícil não recair nos velhos procedimentos. “As coisas que me vem ao espírito se apresentam não por sua raiz, mas por um ponto qualquer situado em seu meio. Tentem então retê-las, tentem então reter um pedaço de erva que começa a crescer somente no meio da haste e manter-se ao lado. Por que é tão difícil? É desde logo uma questão de semiótica perceptiva. Não é fácil perceber as

coisas pelo meio, e não de cima para baixo, da esquerda para a direita ou inversamente: tentem e verão que tudo muda (p.34)

A sequência das falas proposta pela coordenação do grupo ao mesmo tempo propicia rodar a palavra e permanecer em circularidade: o coordenador é o centro, todos falam para ele, vive também o conhecido coordenador-centro-que-sabe, (a coordenação árvore que em paranóia não consegue se fazer rizoma) e o medo de ser explorado não pôde nesse momento ser nominado.

C.C - Falta a I-6 e a I-5.

I-5 - Não entendi nada de nada. Aqui, nós não participa. Eu tô mais por fora () Não sei o que (). Vou esperar a Dra. Y ()

I-3 - Agora a I-6.

I-6 - A minha opinião vai mais pro lado da I-2 () algumas coisas do trabalho, o que a gente pode estar melhorando. (grupo em 8 de Março de 2002)

No mesmo encontro fizemos um exercício com o objetivo de que cada um apresentasse o outro. Estávamos interessadas na mútua representação interna da equipe e no mapeamento dos vínculos, e os trabalhadores expressaram suas dificuldades de relação entre si e com a equipe de coordenação.

A mútua representação interna é também um conceito da escola Argentina de grupos, dos grupos operativos de Pichon-Rivière (1982). É mútua porque envolve encontro de pessoas que produzem referências em relação ao outro e que ficam internalizadas nas pessoas em seu mundo interno.

As mútuas representações internas podem ficar estáticas: o outro sempre igual, imóvel e fixo, fazendo dos vínculos, dos laços que unem as pessoas semelhanças às águas estagnadas.

Naquele momento, nos interessava conhecer as mútuas representações e os vínculos, mas também interessava-nos produzir possíveis revisitas dos trabalhadores às suas imagens, amizades, afinidades e seus reversos.

Com o exercício grupal de apresentar o outro, o medo de ser expropriado abriu passagem para outro medo: do choro e das brigas, da incompreensão.

I-6 - Jogo de empurra. O meu amigo secreto é... Uma agente comunitária. Faz visitas, ajuda na recepção, discussões de caso... Que mais que a I-7- faz? Pão de queijo, não deixa passar um quintal com latinha e garrafa Pet.

I-7- (chora) Desculpa que estou assim. Pessoa é indiferente. Isso me magoa. () não procuro. Sei que ela faz a limpeza do posto, faz café e ()

(I-5 é chamada para atender telefone)

I-5 - Quem é?

C.C -

I-6 - então eu vou pedir (I-6 sai para resolver a questão do telefone para I-5)

C.C - A I-7 se emocionou. alguém quer falar...?

I-5 - desde que eu voltei (das férias?) ela não conversa comigo, eu não converso com ela.

C.C - Alguém mais gostaria de falar alguma coisa sobre isso?

I-2 - essa semana, essa daqui (aponta I-8) falou que eu não dou mais atenção () Essa situação era algo que eu não conhecia. . (grupo em 8 de Março de 2002)

O modo de funcionamento paranóide não deixa que o devir-criança se faça devir da equipe. A criança briga, brinca, e passa, a equipe briga fica de mal e jamais se esquece: faz da dor um canteiro para cultivo permanente.

A equipe em devir-criança não aflora no território paranóia por não permitir o desgrudar do conhecido, da "identidade": *é sério!* Trabalhar e brincar nem pensar!!! A criança brincando se permite devir-outro e devém enfermeira, soldado, madrinha, professor, experimentando muitos devires de adultos.

Por que é que a criança brinca de ser múltiplas personagens? Para, precisamente, procurar a consistência que não possui. O devir-guerreiro ou o devir-menina da criança é um tatear infinito das suas sensações, uma experimentação para encontrar o que lhe convém, saber o que pode conectar, fazer durar, construir. A criança, nos seus vários devires e, em particular, no seu devir-adulto, visa a dar uma consistência às suas sensações na dinâmica própria de seu presente (tempo seu e tempo do adulto que devém). Mistura de tempos diferentes, misturando (-se com) personagens (GIL, 2000, p. 94)

Os adultos pouco se permitem devir-criança que é um devir mutante, pouco sério e nada sisudo. A equipe em paranóia é séria, fixa, sisuda e briguenta, diferença nem pensar!

O devir-infância da equipe implica na possibilidade de plasticidade, engenhoca mutante: de muitos jeitos de atender os usuários e de se relacionar entre trabalhadores - um certo devir infância de adulto com devires múltiplos e coexistentes.

Devir-adulto não significa chegar a um estado definido macroscopicamente como “estado de adulto” (com uma inscrição social, psicológica, biológica, fixada uma vez por todas); mas sim atingir uma consistência em que todas as sensações e intensidades microscópicas de adulto possam coexistir - quer dizer, em que outros devires do adulto, inclusive o devir -criança do adulto, sejam possíveis e coexistentes (GIL, 2000, p. 95)

Mesmo sem devir-se criança em expressão de singularidade, espontaneidade, um certo pedido pueril de ajuda se faz devir da equipe, vontade de “não brigar”, de se entender e de se encontrar se faz no grupo.

Aceitam exporem-se, abrir suas dores de relação: desejam saídas para o sofrimento de trabalhar dia após dia ao lado de outros trabalhadores, com quem não conseguem conversar, mas com os quais tem, por lida conjunta, a doença, a dor, a morte e a vida dos usuários.

I-5 - não tem nada.

I-3 - tem algumas coisas. A C.S é uma pessoa que eu nunca tive liberdade. É mais rígida, mais militarismo, poucas vezes tive (). Era mais fácil brincar com a Silvaninha. Você não gosta de todo mundo igual.

I-7 - aconteceu dela jogar muitas indiretas. (grupo em 8 de Março de 2002)

Multipliquemos os sentidos desse diálogo. Vinham expondo algo difícil: suas dores por brigar, se voltam para a equipe de coordenação com referências a experiência particular de uma integrante e uma das coordenadoras, quando trabalharam juntas numa relação instituída de enfermeira e técnica de enfermagem.

Porque derivam nesse diálogo? Temores da incompreensão, do militarismo, do ato autoritário vindo da equipe de coordenação? Ataque a essa numa espécie de revanche pois *se expostos estamos que expostos estejam todos*? Quem sabe, um pedido de reparação? Ou nada disso?!

Uma música toca: acaso ou chamado?

Deixe-me ir, preciso andar, vou por aí a procurar, ir pra não chorar. Deixe-me ir, preciso andar, vou por aí a procurar, ir pra não chorar.

Quero assistir ao sol nascer, ver as águas dos rios correr, ouvir os pássaros cantar. Quero nascer, quero viver, Deixe-me ir...

Se alguém for me perguntar diga que só vou voltar quando eu me encontrar... (MONTE, 1988)

Na paranóia tem encontro? Encontramos a dúvida, a vontade de igualar, a vontade de ir e o desejo do encontro nirvânico e permanente.

I-3 - () trabalhar em clima melhor

I-8 - Você não fala do meu café!

I-2 - mas a I-5 faz um café muito gostoso!

C. C - O encontro que a gente tem com o outro, lembra a gente de outros momentos... (fala sobre ser amado)

I-3 - ela (I-5) me odiava quando eu vim trabalhar aqui. (fala da possibilidade de mudança. Hoje se dá bem com ela).

I-5 - A pessoa que eu saí é trabalhadeira, resolve os problemas. ela é técnica de enfermagem. É muito eficiente.

I-3 - a minha, que eu tirei () Era um tal de não colocar a luva, colocar a bota () cuida da abertura do posto () fecha o posto às cinco horas.

Uma das coisas que ela não sabe fazer e que é função dela é o café. () muito disponível.

I-6 - que gosta de arrumar armário.

I-3 - doadora de sangue. (grupo em 8 de Março de 2002)

Na paranóia, o desejo de ser reconhecido é excludente: meu café ou o dela? O meu também não é gostoso? Não é igual? Você prefere o café dela, prefere-a em relação a mim? Sub-linhas paranóicas.

Correntes de amor e de ódio percorrem o grupo. O problema não é mais saber o que devemos fazer juntos, mas quem são os amados e os rejeitados, os discípulos eleitos e os indivíduos excluídos, as pessoas conformistas e os traidores potenciais; é o de saber se nos amamos bastante (se amamos bastante o grupo), se somos suficientemente amados, se nós nos damos muito ou nem tanto ao grupo, se alguns se aproveitam da situação restando seu amor (ENRIQUEZ, 1994, p 66).

Linhas de segmentaridade binária: ou ela ou eu? Também passam linhas de fuga quando é possível mudar, é possível se reconciliar, ceder, devir-se outro. Linha de fuga que é logo capturada.

A retomada da tarefa da equipe, da questão do que devemos fazer juntos, foram aspectos não-possíveis naquele momento vivido.

Outra variação do território paranóia e do estrato *a supervisão é a paranóia*: os trabalhadores temem que a supervisão evidencie problemas que não serão resolvidos:

I-1 - pra mim não.

I-4 - eu to toda hora pensando não só nessa situação, pra mim não é fácil não, ei To toda hora pensando né, ahhh, que eu não lidei bem, né, nas minhas dificuldades, eu acho difícil ta aqui, não é uma coisa que eu não queira fazer, mas que é fácil? não é não, é muito difícil.

I-1 - e eu acho mais difícil ainda do ponto que você pode tá, o que eu trouxe na primeira reunião, e da minha angústia, a gente vai discutir aqui, agente vai mexer na ferida, a gente vai cutucar, a gente vai fazer e daí? A gente vai conseguir arrumar, ter uma resolução, ter um retorno? Alguma coisa assim? Ou a gente vai terminar isso em julho e vamos sentar e discutir isso, isso e isso e aí? E agora? vai ficar como a consulta da ortopedia, né? Mais ou menos o mesmo esquema, vai passa pelo médico, o médico avalia, tem lá o joelho, tem lá a coluna tudo, mas agora não tem jeito vai para dentro de uma pastinha e vai ficar guardado. Continuar ficando guardado, então isso é uma angústia muito grande, a gente ta colocando falando botando pra fora mas nós vamos dar conta de resolver isso? (grupo em 15 de Março de 2002)

Análise ortopédica: examina o joelho e a coluna, identifica problema e arquiva: não serve para nada!

Nossa!! será que falava da supervisão, ou das nossas teses em produção? Paranóia pouca é bobagem!!

Se “botam prá fora”, é porque algo estava dentro, escondido, guardado, e, no modo de funcionamento paranóide o que não for visto, dito expresso, “está a salvo”: protegidos estamos daquele conteúdo.

Feridas não limpas, não admitidas e não cuidadas desaparecem? Deixam de doer?

A necessidade de esconder nasce da vergonha de ser visto, do medo da não aceitação e da exclusão?

Talvez nasça de tudo isso. A ferida não é percebida como coletiva, é de cada um. Nada faz conexão, o “entre” negado faz da paranóia uma permanência.

Encontramos Enriquez (1994) psicanaliticamente advertindo: pode-se permanecer também em paranóia pelos benefícios da manutenção da situação:

Viver na angústia e na violência é se sentir viver, tendo a possibilidade de exprimir seu poder e seus sentimentos, arriscar-se a ser amado. Isso não é sem importância e os grupos preferem viver dolorosamente, às custas do mal que nutrem com gosto, ao invés de tentarem o inferno de uma elucidação radical, que se traduziria em uma erradicação ainda mais radical (p. 68)

Os encontros grupais que se seguem, fazem a paranóia-repetência.

4.2 O trabalho é a paranóia!!

No território agenda vimos que para os trabalhadores alguns trabalhos são mais prazerosos que outros, e que atendimentos eventuais são tomados pela equipe como um “a mais” e como trabalho penoso.

Eventual é o atendimento que estava na agenda, mas que poderia ou não chegar. (8 agendados e 4 eventuais).

No atendimento eventual nos deparamos com o inédito, com a possível urgência, com o desconhecido.

Os trabalhadores em território da paranóia se sentem perseguidos pelos atendimentos eventuais:

Silêncio

Alguém -Ta vendo, ta vendo

Alguém -A coisa é complicada gente

I-5- porque assim esse negócio do paciente que chega aqui, o principal o objetivo daqui não é um pronto atendimento, né? É consulta marcada, então se você for atender todo paciente que, não criticando ou não criticando, se você for atender todo paciente que chega aqui, você estraga o atendimento o atendimento do paciente que está com consulta marcada, que ta 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: ta passando mal aqui aí é uma coisa que nem tem aquela que foi pro PS, ta passando mal ta com queixa, pô lógico ninguém vai deixar ela ir embora, mas também tem gente que chega aqui porque lá em baixo ta cheio (....) (Grupo em 15 de Março de 2002.)

A decisão sobre o atendimento ou não atendimento das pessoas que chegam espontaneamente é um momento de risco: uma decisão incorreta e temos o risco da morte, da seqüela, do “processo”, da cassação do diploma, do carimbo de incompetência.

Essa decisão fica centralizada muitas vezes na enfermagem e recepção das Unidades de Saúde. Problemática que expõe o déficit da clínica de todos os trabalhadores. Competição em vez de cooperação.

Haveria possibilidades de construção coletiva de uma clínica? Clínica que não fosse a clínica médica, a clínica da enfermeira, mas a clínica da equipe de saúde com parâmetros explícitos de avaliação dos usuários, estabelecendo que casos devem receber atendimento médico imediato, quais casos deve-se encaminhar, que casos deve-se observar.

Certamente o único parâmetro não pode ser o número de eventuais e de agendados, nem o atendimento de tudo e de todos.

Como publicizar a clínica se ela é monopólio das corporações? Como desfaze-la de um e fazê-la coletiva?, como incluir nela a intuição como fator relevante, para além da clínica do corpo cheio de órgãos?

Difícilmente é possível nos movimentos de paranóia. Aqui o encaixe de pacientes ou é malandragem deles ou da recepção:

I-5- então que nem chegou um moço outro dia aqui e ficou ai de bobeira, ele foi no central mas viu que tava cheio correu pra cá, aí ta disvirtuando o objetivo do posto que seria um pronto atendimento de hora marcada, de acompanhamento e não pronto atendimento assim chegou ta passando mal vem pra cá, lógico que agente atende todas as pessoas que tão passando mal principalmente das famílias que já tão atendidas, mas não vamos deixar de atender o pessoal que chega aqui, mas agente prioriza as pessoas que tem hora marcada. Isso não é problema 50 por cento hora marcada.

I-3- a gente não tem dificuldade no médico da família, pra mim tá ótimo, eu acho ótimo esse negócio do horário, sem dúvida não é, é muito melhor que chegar ... (Grupo em 15 de Março de 2002).

Em outro momento:

I-3 – Mas não em relação, em relação a médico 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, a mulher, situação

I-1 – paciente.

I-3– a gente fica sem saber o que fazer, por isso que eu...
(Grupo em 15 de Março de 2002)

Os trabalhadores formam uma estrutura rígida, resistente, e com fronteiras muito delimitadas entre os fazeres/saberes: Equipe flexneriana resistente e sem cintura.

“Tú me ensinas a fazer renda que eu te ensino a namorar”. Nem pensar!!

Renda é renda, namorar é namorar. Fica na tua e eu vou na minha!

Uma linha de fuga se desenha quando a análise do objetivo do trabalho se presentifica, mas ela é capturada por uma tonalidade excludente e de caça às bruxas:

I-4 – mas então, mas diante dessa exposição que a C.C fez, né, do trabalho de equipe, ahh, onde essas coisas, onde estão os nós? Por conta de poder, falta de clareza dos objetivos, projetos individuais, quer dizer o meu projeto, significa, não atender o paciente, mas agradar o doutor, o não me contrariar, não enfrentar o embate, entendeu?

Então os objetivos não estão claros, entendeu, eu to vendo, quer dizer, qual que é essa possibilidade aqui pra mim? de tá refletindo em cima desses negócios, porque se a gente ficar ahh se queixando só, não porque o doutor...porque a coisa não muda, porque o doutor não aceita trabalhar desse jeito, porque a equipe lá da vigilância epidemiológica acha ruim quando eu telefono pra discutir, porque o sistema de saúde não arruma vaga para a ortopedia para todos os pacientes, gente!!! Tem uma amiga que fala: é, a gente tá condenado a reclamar e ser infeliz

I-3 – talvez não dê resultado

I-4 – não quer dizer sabe.... o reclamo é antes de tudo um chato, né?

O cara que só reclama, só reclama e só reclama, agente não sai do lugar!!

Silêncio (grupo em 15 de Março de 2002)

O silêncio que se segue é de densidade e espessura graves, reflexão trocada por rejeição? Silêncio paranóico, incomodativo. Relendo vejo a descrição do silêncio, das falas e da paranóia um tanto sobrecodificante.

Multipliquemos:

[...] As palavras são multiplas mas os silêncios também o são[...] (p.29)

[...] O silêncio não está disponível à visibilidade, não é diretamente observável. Ele passa pelas palavras. Não dura. Só é possível vislumbrá-lo, de modo fugaz. Ele escorre por entre a trama das palavras. [...] (p..34)

[...] O silêncio, de seu lado, é. o que pode transtornar a unicidade". (ORLANDI, 1997)

Transtornar a unicidade é linha de fuga no silêncio, desterritorialização da palavra, que se reterritorializa em quem a pronunciava antes, com repetição:

Silêncio

I-4- 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

I-4 – porque inclusive tem a coisa do poder instituído e o que não ta assim... o poder instituído que é instituído e o poder que ta que algumas pessoas acham que tem não é??

Silêncio

Alguém- Ta vendo, ta vendo.

Outro (?) -A coisa é complicada gente!! (grupo em 15 de Março de 2002)

Para Kernberg (2000), autor de orientação psicanalítica, existem dois tipos de organização:

De requisito e paranogênicas. As organizações de requisito são estruturalmente sadias – ou seja, um casamento entre autoridade e responsabilidade, sendo possível conseguir o número certo de pessoas para a tarefa certa no momento certo; são organizações com estrutura administrativa funcional (p.129).

As organizações paranogênicas (criadoras de paranóia), são caracterizadas por inveja, rivalidade hostil e ansiedade.

Os sintomas da paranogênese nas organizações são: comportamentos fraudulentos, desonestos e anti-sociais, o relacionamento da equipe com os líderes são caracterizados por medo e desconfiança, alianças de uns contra outros:

[...] os membros individuais tipicamente sentem-se sós, isolados, malquistos, e excessivamente críticos em relação as próprias falhas e deficiências. Eles reagem exageradamente às críticas, sentindo-as como uma ameaça ao seu futuro profissional. (KERNBERG, 2000, p.132)

A falta de condições de trabalho é paranogênica: a escassez de recursos é para esse autor a mais comum causa de paranogênese.

Os trabalhadores da saúde em especial da saúde coletiva e da atenção básica, vivem cotidianamente a escassez, a falta de materiais e de condições de trabalho:

I-1 - isso só do humano, de equipe, a gente esqueceu por exemplo de falar...do espaço físico, né, da falta de cadeira, da falta de material, da falta do, isso também implica no bom trabalho da equipe, né, não ter um lençol pra por na cama, não ter um cotonete para fazer o curativo do coto umbilical, de faltar agulha, de faltar isso de faltar aquilo, de faltar prontuário, né, quer dizer, então tudo isso interfere de alguma forma. (grupo em 15 de Março de 2002)

A interferência é múltipla, no desejo de não desejar, na continuidade da falta como fundação, na espera de saídas via aquisição de materiais, no consumo como potência, na falta como descaso, na imobilidade como movimento.

Pitta (1996) discute aspectos do trabalho em saúde e identifica a inversão na relação das pessoas e coisas. Mais importante a relação pessoa-coisa que a relação pessoa-pessoa.

Desse modo fica fácil entender porque, neste momento, trabalhadores de saúde, em especial os mais jovens, procuram se realizar enquanto pessoas fora do seu trabalho habitual, acompanhando o que já acontece em outros ramos de atividade, parecendo não manter nenhuma lealdade com a instituição em que trabalhavam, refletindo a imagem de uma sociedade que leva o individualismo às suas últimas consequências, onde reina um pensamento de curto prazo em

que o trabalho longe de se constituir num meio de vida, galopa no sentido de se contribuir num meio de acumular riquezas mesmo que isso se transforme numa via de insatisfação e morte precoce (p. 38)

Imóveis os trabalhadores deixam de ter projetos em ação, eles ficam no plano das idéias.

A vontade de fazer brota do externo, aparece na comparação externa com outras equipes, competir!!!

I-1 – lembra como a gente se sentiu lá naquele encontro da festa em Dezembro? Como que a gente se sentiu I-6?

I-6 – custoso(?)

Porque era

I-6 – porque não tinha muito o que fazer, não tinha uma interação

I-1 - por que a gente tinha um trabalho voltado pra aquela rotina, e a gente não conseguiu sair daquela casquinha de ovo, né? E até hoje, faz dois anos que nós estamos aqui, nunca visitamos um parque, nunca visitamos uma casa da cultura não temos um trabalho de , de trabalhos manuais, não conseguimos fazer nada, então assim alguma coisa tem isso aqui, tem alguma coisa acontecendo que amarra a gente, eu não sei o que é mas que tem, tem, () (grupo em 15 de Março de 2002)

Que tem, tem !!! e *“o que será, que será? que andam suspirando pelas alcovas, que andam sussurrando versos e prosas”...* Holanda (1976). Linha de fuga, multiplicar os motivos que fazem da vida uma rotina, uma repetição que impede sair da casca do ovo, impede o devir-galinha da equipe, rompendo o ovo embrionário que, se protege, também contém e barra o desejo de sair ciscando, cassando nômade. O ovo gorou?

O ovo tem potência de vida, tem possibilidade de romper as cascas, tanto para dar passagem para a cria como para impedi-la de seguir vivente. Rompe-se o ovo de fora para dentro e de dentro para fora. Que rupturas se quer fazer?

O ovo gora se as forças que movem os trabalhadores de saúde ficarem só intra-ovo, intra-equipe ou só extra-ovo, extra-equipe. Trabalhadores de saúde que despendem suas energias nas suas relações intra-equipe goram. Também gora quando não se cuida dessas relações e quando se fixa nas relações externas somente.

Gora quando se analisa de um ou dois ângulos as situações vividas: *só os trabalhadores daqui não conseguem trabalhar bem, o*

problema está aqui. Sim, é também!, mas e a crise da saúde, o micro-fascismo infiltrado, as subjetividades capitalísticas, o controle sutil, a inclusão diferencial da diferença, a dificuldade dos trabalhadores de saúde de sair do lugar dos que sabem-sempre?

Imaginariamente as outras equipes de saúde não passam por dificuldades.

I-1 Ontem fui no núcleo X, cheguei lá as vizinhas tudo bonitinha com os guardanapinhos pra bordar tudo, e eu ainda falei: nossa Fulana!! o que é isso? Ah às três horas começa a aula de trabalhos manuais , então a professora foi duas alunas da escola de enfermagem aprenderam passaram pra duas agentes comunitárias, agora de quintas feira das 3 às 5 agente comunitária e ensina trabalhos manuais ... né...e outras coisas que acontecem, de visitar reciclagem de lixo, isso aquilo né, então alguma coisa com essa unidade acontece que a gente não consegue sair do trabalho de todo o dia da metodologia de atender, fica em cima de doença de doença de doença, quer dizer então precisa de ajuda mesmo, que que ta acontecendo que a gente só consegue fazer isso? Breve silêncio

Tem o parque curupira,sabe e a gente sabe tem ônibus; oh e que se a gente chamar sete e meia da manhã, a gente pode pedir professor de educação física na secretaria de esporte , a gente pode pedir para acompanhar os idosos, fazer uma caminhada no parque curupira, qualquer dia da semana, visitá assim coleta de lixo, sei lá outras coisas , visitar o MIS (se refere ao museu de imagem e som), tem filmes no MIS à tarde, ir pro MIS sala pequena cabe 20 pessoas mas dá pra assistir um filme a gente consegue ficar em cima de não dar conta de fazer relatório, verdade ou mentira?

I-3– eu não faço relatório (grupo em 15 de Março de 2002)

Quando o trabalho-ato-burocrático-em-saúde se devém trabalho-ato-cuidado-criador, há que se conectar com fluxos desconhecidos, e permitir a invenção, ousadia.

O ato da criação é dar forma, fazer plasmar ali, onde nada havia, uma doação do íntimo – que se descobre, então, espaço aberto, transitando pelo fora, que lhe percorre os meandros e lhe esculpe sua geografia.

Fabrica-se uma intimidade com o fora que permite apossar-se dele, transmutá-lo em dentro e de novo reencontrá-lo lá. Assume-se a transição. Esgarçam-se as fronteiras. Transgridem-se os limites. [...] Capturada, a força criadora desgasta-se no atrito. Desacelera. Tende a estancar-se. Se a potência não consegue liberar-se, desentranhar-se, acumular-se-a como tensão, aí, então, prende-nos numa couraça que machuca o corpo e fere a alma. Debilitados, caímos prisioneiros: tornamo-nos entrópicos. Encolhemos, murchamos, esvaziamo-nos vitimados pela angústia, pela solidão, pelo

sentimento de impotência. Apegamo-nos ao já existente e transformamos a vida numa pá de moinho a triturar-nos, comprimir-nos (MELO, 1997, p.141).

Triturada fica a iniciativa, a audácia. A vontade de fazer no movimento de paranóia fica contida: é preciso a permissão, posso?

I-1 - Verdade ou mentira, a gente não dá conta de fazer relatório, eu também acho, to falando assim a gente também faz parte dessa equipe e muitas vezes sabe o que acontece? Tipo assim eu poderia programar, vou falar com as meninas e vou conversar com a enfermeira e com o médico e com o Dr X e vamo programa sabe, eu vo a frente de chamar ônibus e de tudo mas às vezes eu penso gente mas será que eu devo? Será que eu posso? entendeu, porque como é que eu estou inserida nessa equipe? então a gente fica com medo de fazer e as pessoas acharem que você não está inserida de uma forma tal que você teria éhh, capacidade não , éhhh esqueci a palavra que queria falar, poder de estar levando a frente, discutindo, fazendo, chamar ônibus da secretaria pedir o professor de educação física para acompanhar os idosos que querem fazer o passeio no parque curupira de manhã. Aí eu falo nossa, mas eu vou com o pessoal ? aí vão ficar minhas amigas lá o serviço delas só aumentando, vai ter que agüentar o meu tranpo porque eu não to na Unidade eu tô passeando no parque curupira. É muito difícil trabalhar em equipe.

Silêncio (grupo em 15 de Março de 2002)

A iniciativa é linha de fuga para o movimento de imobilidade, capturada pela incerteza dos afetos no interior da equipe, capturada pela competição, pela hierarquia, pelo medo da diferença: o resultado é o não-fazer.

O ato de trabalhar com ações de promoção em saúde: uma ida ao parque com idosos, um passeio, um filme, é ainda não considerado trabalho. Que seja trabalho mais prazeroso que a recepção e que as consultas, mas é trabalho e é produtor de saúde. Mudar o modo de trabalhar implica rever o que é saúde, quais instrumentos e estratégias produzem saúde.

Ante uma atividade diferente, em paranóia, não é possível discutir entre os trabalhadores quem vai organizar a atividade, quem vai ao passeio, quando, com qual finalidade.

A equipe de intervenção assinala a dificuldade percebida pelos trabalhadores de sair do conhecido e se atirar nas águas desconhecidas

da outra produção de saúde que queremos: solidária, de qualidade, afetuosa, fora do eixo conhecido queixa-conduta.

C.S- Vocês estão identificando algumas dificuldades que vocês estão tendo entre vocês, um pouco mais forte com relação a comunicação frente a possibilidade de tomar condutas em relação a alguns casos, né, dificuldade de relacionar com as pessoas pra e em função disso vocês estão dizendo que estão reproduzindo um trabalho tradicional e que vocês não estão conseguindo talvez criar coisas que talvez fossem diferentes, interessantes, estimulantes, ahh pra se motivar pra esse trabalho parece que vocês estão... e isso faz com que vocês comecem a perguntar sobre qual é o papel, qual é a função de cada um nessa equipe. Parece que vocês fizeram um pouco esse movimento

I-1 - Não é, eu até queria que as meninas que trabalham mais com visitas se pensam mais ou menos como eu, sobre essa questão. Porque gente, eu fiz visita muito tempo no HC dez, vinte anos que era realizado de uma outra forma , né, mas assim às vezes eu sinto que quando a gente vai para um outro núcleo ver um encontro desse outro pessoal, aí que a gente fica mais angustiada, né I-7? (grupo em 15 de Março de 2002)

Ah angústia!!! Medo inominado!!! Comparar, não resistir, desaparecer!

Depois, a vida é pegar ou largar, e é disso também que a angústia, dolorosamente, nos lembra. Que não há vida sem risco. Não há vida sem sofrimento. Não há vida sem morte. A angústia marca nossa impotência, é nisso que é verdadeira também, e definitivamente. [...] Não se trata de evitar e sim de aceitar. Não de curar, e sim atravessar (COMTE-SPONVILE, 2000, p.12).

Pegar ou largar? Bloquear ou deixar passar? Pegar o que interessa no momento e largar as coisas que também interessam, fazendo-as passageiras, e sofrer sem permanência e saber-se vivo morrendo e morrer-se nascendo e ...

Aceitar a angústia, aceitar que temos problemas com a finitude, aceitar sem cair no conformismo, aceitar a dor como se aceita a vida talvez seja esse o convite do trabalhador: dividir, compartilhar ao invés de imobilizar-se impotente:

I-4- () Então o que a gente poderia ter feito para ter evitado esse problema? A gente provavelmente vai enfrentar outros de outras formas, mas que agente possa estar conseguindo estar nessa situação como forma de aprender, né, por exemplo:fulano faz assim porque ele é

ruim mesmo, porque não sabe fazer nada, néeu até acho, a cinira colocou a diferença, né da gente trabalhar com saúde, com as pessoas e trabalhar com objeto, né quer dizer, inclusive assim, às vezes, a dor do outro, é tão doida na gente é melhor não ver mesmo e agente sabe que agente não vai dar conta, então a gente fica com aquela sensação assim: não vou consegui 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, (grupo em 15 de Março de 2002)

E o gosto amargo da dúvida? E o gosto gostoso da descoberta, e aí amargo ou doce? Morango ou cerveja?

Morango ou cerveja? Morango e cerveja. Felicidade e infelicidade, vida e morte. Prazer e sofrimento. Sabedoria trágica: sabedoria de Heráclito. Não se tem escolha, é o que significa a existência. A realidade é pegar ou largar. A vida é pegar ou largar. E largá-la é pegá-la ainda, ao menos uma última vez, como pegá-la é apenas ainda uma maneira de larga-la... Aquele que só amasse a felicidade não amaria a vida, e com isso se proibiria de ser feliz. O erro é querer selecionar, como nas prateleiras do real. A vida não é um supermercado, cujos clientes seríamos nós. O universo não tem nada para nos vender, e nada diferente para oferecer senão ele próprio – nada a oferecer senão tudo (COMTE-SPONVILE, 2000, p.56).

4.3 O não-saber e o território paranóia: O não-saber e a potência para aprender

Os trabalhadores de saúde carregam uma pesada mala: o de saber-sempre, dar respostas-sempre, acertar-sempre, triunfar sobre a morte, como se a vida fosse precisa, matemática, uniforme, unívoca e a morte evitável: adiada sim, mas evitada não.

E como é difícil saber-se-não-sabendo. Novo desafio para o trabalhador de saúde: não-saber e saber que o nosso instrumental não está “dando mais conta”. Será que algum dia já deu?

I-7- No caminho certo...de todo esse tempo...?... que a gente faz né? A gente..... tem esse modelo assistencial...padrão né? Queixas né, receitas tal. Eu tenho percebido assim, de uns anos pra cá eu tenho comentado com todo mundo que a Vila Tibério se tornou assim, não sei se a gente tá mais...tentando conversar

mais ,certo ? Mais por causa disso também por causa de um ter mais dados de um paciente , você acaba sabendo mais coisas assim, e às vezes você acaba colhendo mais coisas e você não sabe lidar com aquilo. Essa dificuldade que eu vejo da maioria de vocês, a minha dificuldade, não sei, da Dra H também, ontem eu estava discutindo o caso, há dificuldade muito grande na parte emocional, a parte assim...é...sabe? Tá ficando assim mais, muito difícil da gente contornar. É diferente, quando você fala ... tem uma mãe com queixas e aí ela vai com outro...a mesma queixa com outro pediatra, você lembra daquela história ? E no fim é um problema, é muito mais que uma rinite alérgica, é um problema né ? Porque eu tenho sempre isso a gente não está sabendo, eu pessoalmente não sei como lidar, por exemplo, porque aí... são muitos fatores que não... sabe? Eu não sei como lidar. Da parte legal ...pra começar. Como abordar isso, entendeu? Então está sendo difícil assim...eu percebo assim que os problemas médicos cada vez menores e os problemas de família de modo geral são maiores. Muito grandes. (grupo em 22 de Março de 2002)

Difícil contornar, difícil lidar, nos manuais não há resposta, “Queixas, tal, né, receitas tal” não são mais suficientes. A população mudou? Também, mas a lida com as famílias desterritorializa as práticas conhecidas da medicina: saúde é problema da vida e não só da medicina, linhas de fuga que chacoalham os saberes pelos não-saberes.

Porque o homem é mortal, a medicina traz em si seu limite e fracasso. Profissão trágica, portanto, que se confronta com o pior, quase cotidianamente, e que só sabe adiar o momento de sua última derrota. “A pediatria”, explicava-me um pediatra, “é mesmo assim mais reconfortante do que a geriatria...” Será? O pior, por mais excepcional que seja aí, é mais atroz, parece-me, e essa profissão admirável me teria arrasado. Mas admitamos. Quem não vê que a pediatria, por seus próprios sucessos, fornece clientes aos geriatras, e não retira nenhum dos agentes funerários? Medicina, onde está a tua vitória? (COMTE-SPONVILE, 2000, p. 64).

O trabalho com as famílias considerando as fases do viver, nos coloca frente a crianças, mulheres, homens, adultos, idosos, adolescentes.

Na saúde e na medicina, as especialidades de alguma forma fazem a familiaridade com uma fase da vida, patologia ou gênero,

deixando mais separada a morte e a vida, a saúde e a doença, conforto agora estremecido pelo encontro com a família.

E a família vem para a equipe com expectativas, planos, desejos, carências, encontra a equipe arredia, incerta, esvaziada e estupefata: impotente, onipotente, desterritorializada.

Onde reterritorializar? No conhecido? No saber-sempre, na técnica, no manual?

Deixemos as certezas, o capital-saber, a propriedade da profissão, sigamos Bichueti (2000) em crisevida - em crise e em vida:

Pensamos a vida como proprietários.
O meu livro, o meu sentimento, o meu sonho...
(Acrescento: o meu paciente, o meu diagnóstico, a minha terapêutica)
Acreditamos que somos autores.
A obra de...
A vida de...
A utopia de...
...Mas o homem produz, cria, inventa e acontece nos encontros.
A obra, o amor e a utopia traduzem encontros de alguém que se fez inventor.
Todavia esses inventos internos e externos são filhos de uma potência criativa, de um agenciamento que se localiza entre...
Somos objetos e sujeitos...
Só nos tornamos, no entanto, o sujeito de uma ação ou reação quando sobre nós atua a vida.
Vida-reinventada que no entre de uma relação se fez espaço, necessidade, possibilidade e ferramentas de um ato genuinamente criativo (p. 131)

Em paranóia: e se não der certo? Quem será o responsável? Eu?

Reterritorializamos no conhecido e familiar.

I-7 - Então, está sendo assim, jogado pra gente...?....Nós estamos com uma...vendo essa paciente hoje da Dra H, que veio a semana passada comigo e contou uma história que a gente não está sabendo lidar. Então são coisas que a gente é...tem dificuldade entendeu ? Quer dizer ahn...claro...eu falo do dia a dia né? De ser bem aceito , de ser bem interpretado pela própria...pelo problema pela gente, médico mesmo, tudo bem...mas o que percebo é assim, tá ficando mais dificuldade é na Vila Tibério não sei se o mundo mudou mesmo seja de droga , de família, de briga ,certo ? A gente percebe que muito disso de...ao mesmo tempo eu não sei se isso é bom se ter tudo isso, essa carga esse tempo todo, eu acho interessante que as meninas sabem mais a fundo né , assim ,o dia a dia da família , a moradia como é que né, fica,... e a gente fica assim num lugar que...recebendo

e não sabendo exatamente como lidar. Eu não sei se a gente deve ficar falando isso porque é mais um problema pra gente ficar discutindo assim sabe com um psicólogo. (grupo em 22 de Março de 2002)

Quem sabe um especialista, quem sabe um psicólogo. Quem sabe uma equipe-que-se-permite-não-saber, articulando-se com outras que sabem-e-não-sabem.

O caminho de passar para o especialista alivia as dúvidas da equipe, sua tarefa se transforma de atender para o de encaminhar. Outro modo de funcionar é de obter apoio de outros trabalhadores para o seguimento. Esse um tanto mais complexo pois admite-se o não-saber e o pode-se-saber, colocando em movimento a relação de trabalhadores especialistas e generalistas para compartilhar saberes/fazeres.

Campos (1997b e 2000) propõe as equipes de referência e de apoio matricial, psicólogos comporiam apoio matricial instrumentalizando e apoiando a equipe nas ações de atenção básica (no caso da rede básica).

I-1- mas tudo o que você colocou da questão do hamster é a questão do nosso trabalho equipe trabalhar junto com a equipe de lá, não tem problema nenhum eu ligar para vigilância, e falar assim olha, esqueci, não tem problema nenhum,

I-2-

I-1- sabe, não tem problema nenhum eu ligar para a vigilância e falar assim olha..

I-2 - uma dúvida.

I-1- e o lado de lá não tem que estranhar chiar, no telefone não

I-2- ontem me senti até... mal porque, né minha amiga, fui fazer um trabalho que não era meu, atender um paciente

I-1- no horário do almoço.

I-2 - é e eu não tinha informação até do quadro, não I-3 é'... discute, né..., então realmente é a falta de integração...

I-1 - a equipe de lá também tem que entender que a gente ta ligando porque derrepente a informação não chegou, chegou só pessoal pôs na gaveta, custa, esclarecer todo dia? (grupo em 15 de Março de 2002)

Esclarecer todo dia, acho que custa sim. Os trabalhadores falam sobre os modos de passar informação entre a equipe da vigilância epidemiológica, sediada na distrital e os trabalhadores da Unidade. "Conversam" enviando boletins que vão para as gavetas, uma forma burocratizada que aciona a paranóia, perguntar é admitir não entender,

não-entender é não-saber. Oitava peça de acusação: A degradação burocrática. (MASSI, 1999).

4.4 A dor da briga – paranóia é fabrica de bode expiatório

(BICHUETTI, 2003)

Em Julho, a equipe de análise/intervenção entrou (e atravessou) em consonância com a instituição-escola, e aceitou um pedido da equipe em fazer uma parada: férias. Escolares como a escola.

Em discussão na supervisão fomos identificando a importância de estarmos com a equipe apoiando-a no momento em que diversos técnicos estariam de férias, vários médicos, a gerência, enfermeiras, era então o momento propício para agenciar potências de outros saberes/fazeres em saúde.

Além de nosso supervisor Jorge Bichueti nos alertar para esse fato, também tivemos a oportunidade de discutir nosso projeto de pesquisa com o professor Emerson Elias Merhy, convidado pelo NUPESCO²⁴ (Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva) ele também nos encorajou a analisar a parada como um analisador institucional. Continuamos a acompanhar a equipe em suas reuniões de Sexta-feira.

Numa das reuniões uma das trabalhadoras chega à porta, interrompe exaltada, se dirige a outra trabalhadora, brigam publicamente e esta sai batendo a porta.

Não estávamos gravando as reuniões, e por isso não temos o registro das falas, mas temos o registro da memória curta.

Atônitos e com gosto de desgosto conversamos sobre o ocorrido.

Durante os encontros seguintes o clima permaneceu tenso, estava eleito um bode-expiatório, males de toda a equipe e locus dos limites.

²⁴ O Nupesco é um grupo de estudos em saúde coletiva, ligado ao Departamento Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, liderado pela profa Dra Maria Cecília Puntel de Almeida.

O conceito de bode expiatório aqui utilizado é o da teoria de grupos operativos de Pichon-Riviére. Nos grupos acontecem adjudicação e assunção de papéis. Há papéis pré-existentes: coordenador, integrante, observador, e há papéis que emergem das relações grupais, eles são complementares e interdependentes.

Para a escola pichoniana os principais papéis são de porta-voz, bode expiatório, líder de resistência, líder de mudança e sabotador.

O bode-expiatório é o papel desempenhado por um integrante, papel em que o mesmo recebe a deposição de toda dificuldade circulante no grupo. Encarnação de todos os males, ele livra-nos das nossas dificuldades. Trata-se de um papel muitas vezes vivido em seguida ao de porta-voz. O porta-voz traz uma situação desconfortável como sendo sua, trazendo a tona as dificuldades de todos do grupo, porta-voz porque fala de algo de todos. Se o conteúdo expresso é por demais ameaçador ele vira bode-expiatório.

[...] O grupo se estrutura sobre a base de um interjogo de papéis. Destes papéis interessa-nos destacar três, dada a importância que adquirem na vida do grupo. São o papel de porta-voz, o de bode-expiatório e o de líder. [...] Porta-voz de um grupo é um membro que em um momento denuncia o acontecer grupal, as fantasias que o movem, as ansiedades e necessidades da totalidade do grupo (p.128)

Seguindo o processo natural de assunção e adjudicação de papéis, um membro de um grupo se faz depositário dos aspectos negativos ou atemorizantes do mesmo ou da tarefa, num acordo tácito no qual tanto ele como os demais componentes do grupo estão comprometidos. Aparecem então os mecanismos de segregação, configurando-se outra das situações significativas: a de bode-expiatório. Outro membro, por outro lado, sempre pelo mesmo processo pode-se fazer depositário de aspectos positivos do grupo, obtendo uma liderança, que estará centrada em uma ou mais categorias já enunciadas (pertença, cooperação, etc). [...] Acrescentamos a esses três papéis o de sabotador, que é habitualmente, a liderança da resistência à mudança (PICHON-RIVIÉRE, 1982, p. 129).

A vivência de processos grupais no interior da equipe nem sempre é reconhecida pela mesma, constituindo uma ciranda de movimentos estereotipados, unívocos, e atribuídos às pessoas individualmente. Quando a equipe pode olhar para suas relações

considerando outros aspectos além daqueles mais conhecidos, abrem-se brechas para multiplicar os sentidos.

Nos encontros grupais de análise/intervenção, somente no mês seguinte, em 9 de Agosto, o assunto pôde vir à tona. E já havia se passado uma hora de discussão grupal.

C.C- Enquanto vocês falam isso, eu fico pensando né? Nessa reunião do jeito que nós tamos aqui. A I-9 não falou, nós estamos falando dela. E acho....?.....Toda hora vocês falam assim: olha, tem que falar, vamos falar aqui, vamos colocar...

I-9- Eu não tenho nada pra falar, porque tudo o que eu tinha pra falar, eu falei perante a trabalhadora, a gerente e o coordenador, que eu fui chamada na sala. Eu não tenho nada pra colocar no momento. Pra mim, esse problema pra mim tá resolvido. Tá? Se você queria ouvir isso, Cinira, você ouviu. (Grupo em 9 de Agosto de 2002)

Raiva, tristeza e dor marcavam a equipe. Tensão, dor e angústia marcavam a equipe de análise/intervenção.

Os trabalhadores em paranóia, eu também paranóica, tive medo de que me jogasse o gravador.

C.C- Eu acho....?.....escutar, I-9, eu acho que tem aqui no grupo um pedido! E acho se você pudesse falar...

I-9- Eu não tenho nada, nada pra dizer pra ninguém. Eu fui chamada no dia seguinte, pra conversar junto com os coordenadores e a pessoa que teve o problema, e foi conversado e o professor foi muito claro nesse momento: esse assunto morre aqui. Pra mim o assunto morreu naquele minuto, perante os dois coordenadores do grupo e perante a pessoa que eu tive desentendimento. Pra mim, o assunto morreu lá.

I-1- E pra você nós tamos trabalhando no clima ideal! (Grupo em 9 de Agosto de 2002)

A equipe em paranóia faz bloqueios aos afetos, teme expressar ternura, solidarizar-se, teme o afago e o tapa.

Como seria mais fácil: *fulana, gostamos de você e nos preocupamos porque desde a briga você está quieta, acabrunhada, sofrida.*

Em tateios a equipe vai dizendo de seus afetos e preocupações, devagar, a palpadelas

Como se aproximar daquela que ficou bode-expiatório? *Locus* de todo ataque e de toda a dor.

- I-9- I-1, mas que eu...eu assim...por esse motivo, por aquela coisa...
- I-1- I-9, nós tamos vendo, tamos tentando ver a coisa de uma forma mais ampla, entendeu? Nós tamos...?...
- I-9- I-1, nós tamos aqui pra colaborar, tudo o que fôr preciso fazer pra equipe funcionar bem, nesses últimos vinte e quatro dias que eu vou ficar aqui até me aposentar e os últimos cinco anos, eu farei o melhor de mim, entendeu? Isso você pode ter certeza! Entendeu? Mas aquele assunto exatamente, eu particularmente absorvi desse jeito. Eu não quero que daqui a um ano, dois meses, três meses, cinco anos, tenha reunião, e desenterre defunto. Pra mim aquilo lá acabou naquele momento.
- I-1- Você não tá percebendo que a gente não tá desenterrando defunto! A gente tá desenterrando gente viva. Tá desenterrando...
- I-9- Assuntos...assuntos mortos! É o que você acha...
- I-1- Assuntos mortos, nada! Quando as coisas voltam, porque elas não foram...não estão mortas!
- I-4- Exatamente!
- I-1- Não estão resolvidas! (Grupo em 9 de Agosto de 2002)

Defunto não sei, mas fantasmas e zumbis!!!! Os trabalhadores se esforçam para conversar do proibido: linha de fuga, desterritorialização geral, uma espiada à beira do abismo, um adentrar na gruta, enfrentando cucas, sacis e o que mais tiver.

Revelam na briga modos de funcionar da equipe, o pedido de desculpas parece uma reação a opressão:

- I-9 – Não pra equipe! I-1! Você participou da reunião comigo, você me convocou!
- I-1- Você não abriu a boca, você só pediu desculpas!
- I-9 – Eu pedi e pronto! Eu acho que é suficiente eu pedir desculpa!
- I-1- Então tudo bem. Eu acho que existe uma outra forma da gente se colocar, da gente dizer como a gente se sentiu...existe uma forma da gente...
- I-9- Então você gostaria que eu colocasse isso pra equipe?
- I-1- Não! Eu não gostaria, eu acho...eu tô falando de mim, I-9!
- I-9– Porque senão aquele dia teria chamado o Coordenador, você teria chamado todo mundo! (Grupo em 9 de Agosto de 2002)

Falar do sentimento ao invés de se manter na racionalidade do pedido de desculpas formal, é linha de fuga que abre a possibilidade de explicitar descontentamentos, machucados, ranhuras, abre espaço para reparações e outros devires.

A equipe de análise/intervenção procura auxiliar na explicitação daquilo que estava coberto de tecido transparência, escancarado e declarado para todos verem, mas velado e silente.

C.S – Considerando isso assim, quem conhece a I-9, sabe que esse não é o tipo habitual da I-9, a gente estranha, a gente estranha a I-9 não se manifestar, então assim, quando as pessoas se colocam em volta, e colocam: olha...?...olha, aconteceu aquilo, então assim, normalmente não é isso que as pessoas...

I-1- Mas essa é a forma da I-9 agredir. A I-9 não agride quando ela grita, ela agride assim. (Grupo em 9 de Agosto de 2002)

Agressões por omissão da palavra, omissão do desgosto, é um dos jeitos da equipe lidar com suas dificuldades. Devir-quieto-agressivo-gritante-pungente.

Mas, o instituído ato de segredar e fazer de conta que está “tudo bem” fica rachado, desnudado, desterritorializado, e a dor aparece, inclusive dores antigas.

I-9 –Tá , o relacionamento é uma coisa assim, que acho que assim...bom...

C.S- Então isso, assim, essa manifestação né, pode não ser verbal, mas há um...uma manifestação né? Há uma manifestação das dores que cada um à sua maneira tá podendo manifestar nesse processo. Que acaba aqui, é uma coisa que ficou envolvendo mais diretamente duas ou três pessoas, mas não quero dizer exclusivamente aquelas pessoas, porque isso que diz respeito a como vocês funcionam, como vocês se relacionam, então assim, a opção por não falar parece que tá sendo a mais tradicional entre vocês, então há um desentendimento, então, a opção é não falar. Quando a gente começou aqui essa discussão, quando a I-2 falou: Ah, I-1, cumprimenta a gente, ah dá um abraço né? Assim, eu acho que ela não tava falando só pra I-1, eu acho que ela tava querendo retomar ou dá uma...um alerta sobre como cada um de vocês está se cumprimentando, está se olhando, está se falando, porque assim, é...deve mudar...porque assim...se...eu pessoalmente, estranho quando eu chego aqui, eu cumprimento a I-9, e a I-9 tem muita dificuldade de responder o cumprimento. Então, eu estranho, entendo até que não é pessoal, mas que é dolorido é dolorido tanto pra ela quanto pra mim. (Grupo em 9 de Agosto de 2002)

Ataque à coordenação, recaptulação de mágoas passadas, dos tempos de outra relação entre uma das integrantes e uma das analistas/interventoras, mágoa de avaliação, mágoa de ter ocupado o

lugar de paternalista, machucado agora causado pela explicitação de que não se cumprimentar olho no olho é dolorido para todos.

I-9 –C.S – Se tivesse sido pessoal seria quando você tirou um ponto da minha avaliação entendeu? Que você me chamou a atenção porque eu era muito paternalista, que eu me envolvia muito com os pacientes, que eu fazia além do que tava na minha capacidade. Teria ficado chateada com você naquela época da Cuiabá, e não agora. (Grupo em 9 de Agosto de 2002)

Destampada as falas, as mágoas e as dores, ficou possível rever a situação vivida com a equipe e pela equipe.

I-9 O que que aconteceu com a enfermeira, com a agente e com o médico, gente, aconteceu, todo mundo viu o que aconteceu, entendeu? Eu fui chamada lá pelo coordenador e pela gerente, eles colocaram...naquele momento a única coisa que tinha que pedir, assim olha: desculpa! Entendeu? O coordenador...tanto é...mas apesar que o coordenador disse que não queria explicações dos fatos, entendeu? E eu também respeitei a postura dele, eu não quero...entendeu? Todo mundo viu o que aconteceu, todo mundo que sabe, na semana assim, todo mundo falou...se disse...Então eu acho gente assim é...eu fiquei chateada, a integrante ficou chateada, o coordenador ficou chateado, a coordenadora ficou chateada, todo mundo ficou chateado, quem tava dentro, quem tava fora. Todo mundo ficou chateado! Entendeu? (Grupo em 9 de Agosto de 2002)

Assim nominando a chateação geral fica mais possível de entender, não é mesmo? Da até para reconhecer o sentimento de ter sido invadida da equipe que já estava na Unidade de Saúde, de ter perdido espaço e chão quando os trabalhadores do PSF passaram a integrar a Unidade.

I-9- E isso assim, aconteceu, passou, entendeu? Mas não por isso eu vou deixar assim, de fazer tudo com que o Programa aconteça, que a gente...de repente, eu particularmente, de repente me senti invadida mesmo. Gente, eu tô aqui há vinte anos! Entendeu? Eu tô aqui há vinte anos, eu não tô aqui há um ano, dois anos, há três anos. E de repente a minha maior dificuldade é aceitar o novo! Aceitar que as pessoas invadam a minha casa. Entendeu? Como se um ladrão tivesse entrado na minha casa e me roubando, minha tv, minha geladeira, meu som, meu cd, minhas jóias, minhas coisas! Então, às vezes, você se sente invadido.

C.C-I-9, é legal isso que você tá falando, em relação a como você se sente, você toma...você parece que assim...(Grupo em 9 de Agosto de 2002)

Ah!!! como seria mais fácil se a dificuldade de aceitar o novo fosse só dela, se a perda de território, a dificuldade com o diferente, fossem só de um. De bode expiatório a porta-voz.

A resistência à mudança se personifica, fica em um dos integrantes ou conjunto de trabalhadores (os que já estavam na Unidade) quando na verdade a resistência é de todos. A combinação de trabalhadores de Unidade de saúde que já existe e a introdução do PSF como promessa de mudança aciona a paranóia. Quem chega, no caso os trabalhadores do PSF, chega com a tarefa de mudar o modelo assistencial, como se já fossem a própria mudança por si mesmos.

Não são porque esses trabalhadores também não-sabem fazer saúde de modo diferente, foram e são conformados e produzidos no modo tradicional de fazer saúde, modo das instituições disciplinadoras do corpo, do normal e da norma e no modo capitalístico de produção: produzem reprodução, produção e antiprodução.

Os trabalhadores que já estavam na Unidade não sabem, a equipe de supervisão não sabe, os docentes também não sabem, nem os coordenadores e gerentes. Não-saber é potência de criação se não for negado. Linha de fuga, saída das certezas e da previsibilidade.

A proposta do Ministério da Saúde quando anuncia o caráter substitutivo do PSF, anuncia também o rechaço aos atuais operadores da assistência, produz um imaginário de exclusão que vai produzir afetos, desejos e subjetividades nos micro-espacos. Produções de paranóia que também são fábricas de bodes-expiatórios.

4.5 Paranóia: A formação é insuficiente - A carta dos residentes persegue a equipe

Em novembro de 2002, os trabalhadores vivem um outro episódio: uma carta. Os residentes de Saúde da Família escrevem para a coordenação do curso de Residência Médica dizendo da insatisfação com os estágios naquela Unidade de Saúde. Elencam diversos motivos inclusive o fato da Unidade ser mista e solicitam a transferência para outros Núcleos de Saúde da Família.

Nos espaços coletivos de supervisão: nova e velha paranóia:

C.S- Se vocês querem aproveitar esse espaço pra conversar um pouco sobre essa situação que vocês vivendo....?...

I-2- Bom, eu cheguei Terça Feira já tava...já tinha sido...foi Segunda né? Eu nem cheguei a ver a carta né, mas pela opinião de todo mundo, a I-4 chegou pra mim e falou que tava...nunca sentiu...nunca sentiu...é...

Alguém-...?...a carta....?...pra I-2 ler, pra gente ler também né?

I-2- Porque assim, foi a coisa em si né, eu acho que nem é o conteúdo porque, parece que dificuldades, problemas ainda têm tal, mas eu acho que a forma de ser redigida né? Uma forma assim meio...como se diz...meio fácil, não sei exatamente os termos. Precisaria até ter dicionário perto, sabe, pra ter...segundo eles falaram. Teve...ah inclusive, essa resposta aqui, ela colocou algumas frases que foram ditas na outra carta. Quer dizer, isso chocou mesmo né?

C.C- Vocês estão com sentimento de chocados...é isso gente?

I-2- É....

C.C- Chateação assim pela forma? (Grupo em 22 de Novembro de 2002)

A carta trata do trabalho e das contradições de uma Unidade de Saúde mista. Os afetos circulantes fazem repulsa dos corpos: chateação!!

A carta se rasga em espaços estriados, atritos de textura áspera, mas por que uma carta?

Porque se escreve uma carta? Porque não se pode nem falar e nem calar. A correspondência nasce dessa dupla impossibilidade, que ela supera e da qual se nutre. Entre fala e silêncio. Entre comunicação e solidão. É como que uma literatura íntima, privada, secreta - talvez o segredo da literatura (p.5)

Porque se escreve uma carta? Para habitar juntos a essencial solidão, a essencial separação, a essencial e comum fragilidade. Para descrever o tempo que está fazendo, o tempo

que está passando. Para contar o que nos tornamos, o que somos, o que esperamos. Para exprimir a distância, sem a suprimir. O silêncio sem o corromper (COMTE-SPONVILE, 2000, p. 43)

A carta é ponte entre o que se quer e se precisa dizer, liga as distâncias anunciando-as, sem as extinguir. Na carta, o papel e a tinta substituem e apaziguam as interrupções das falas, mas não suprimem a dor de olhar olho no olho e dizer das insatisfações, dos limites, dos afetos que ficaram retraídos.

Os residentes produzem uma carta que afeta os trabalhadores, a carta não é para eles, é para o formador oficial: FMRP-USP, embora a formação aconteça também na lida cotidiana da Unidade de Saúde. Desse modo, a carta para uns que afeta outros “reune” a cisão teoria/prática das formações acadêmicas.

Quem é reconhecido como formador? O lugar da transmissão das teorias: os lugares de fala dos professores/doutores, espaços dos livros, do saber oficial. E o campo de prática? Mero coadjuvante? Esse é o local de muitas contradições: nem tudo o que é ensinado é de fato praticado, o aprender a partir da experiência tem valor diferente em relação ao aprendido teoricamente, quem aprende pode ensinar, quem ensina nem sempre aprende, entre outras.

A equipe rememora a chegada dos trabalhadores da Saúde da Família que se fez por necessidade do projeto de ensino e pesquisa da Universidade.

I-3- É porque a gente que poderia receber os do Programa de Saúde da Família, mesmo sem esse espaço físico, mesmo sem condições assim de tocar, como auxiliar, a gente recebeu eles de braços abertos né, então a gente, quer dizer, a gente assim, como se diz, a gente tocou o serviço, com o que tinha né, fizemos algumas reivindicações,...nós trabalhamos, nosso serviço triplicou né, então eu acho que nós nunca sentamos pra fazer assim uma...um absurdo desses, porque foi um absurdo, essa carta. Uma coisa assim...uma bomba!

I-2- Foi!

I-3- Então, eu acho assim né, tem espaço aberto, tem reuniões pra colocar, pra...né, quer mais do que a gente né, que foi tipo assim, entrou, já chegou e já instalou não é? Aí não tinha as agentes

comunitárias, nós saímos pra rua pra fazer cadastro né? Quer dizer...
(Grupo em 22 de Novembro de 2002)

A indignação fez do movimento de paranóia a cobrança: *te recebi, te cuidei, trabalhei mais*, e como você retribuiu?

Chora, não vou ligar, chegou a hora, vais me pagar/ pode chorar, pode chorar/ É o teu castigo brigou comigo, sem ter por que/ Vou festejar, vou festejar o teu sofrer, o teu penar/Você pagou com traição a quem sempre te deu a mão (ARAGÃO; DIDO; NEOCI, 1978).

Trazem para a roda as situações anteriormente vividas como se perguntassem: o que aconteceu mesmo? Onde erramos? Em paranóia a busca dos erros para eliminar culpados. E vão identificando o modo como se colocaram para acompanhar os residentes.

I-2- Então eu vejo também que o coordenador esse ano, muito mais que os outros anos, né? As tardes...a Dra K tava sempre aqui né, os dois dias que eram dela mesmo. Agora, quanto a nós, pediatras, o que eu sempre estranhei, eu sempre estranhei, eles nunca solicitaram a gente. E eu sempre, todo começo de ano, quando eu me apresentava né, olha, nós estamos às ordens né, na Pediatria, que o que a gente é...nós não somos ...não gosto dessa palavra especialista, gente, nós atendemos crianças, nós não somos especialistas, nós não fazemos especialidade. Interessante né, o nível da Pediatria, dá impressão assim, nós fazemos saúde básica aqui né, preventiva, secundária, mas assim, coisa básica né? E dentro do...e a impressão que eu tinha assim, tudo que a gente fazia, eles faziam, não tinha nenhuma uma dúvida né? Alguém te solicitou alguma vez?

I-4- Uma vez que uma criança tava desidratada, ...?...o residente, que perguntou...?...ajudou a olhar, eu ajudei a encaminhar...?...foi a única vez. (Grupo em 22 de Novembro de 2002)

Em encontros grupais anteriores já haviam identificado uma lacuna na formação dos residentes e propuseram alterações nas atividades, essas foram realizadas? Não, por quê??

Que imaginários a carta movimenta e produz? Ela coloca em xeque a permanência da equipe de PSF na Unidade de saúde?

De todos os problemas, o principal e quiçá o fomentador de todos os outros reside no fato desse Núcleo ser um Núcleo misto onde coabitam conflituosamente os dois modelos assistenciais díspares de um Programa de Saúde de Família e de outro, a vetusta unidade materno infantil que ali se cultua. Carta dos residentes lida em supervisão em 22 de Novembro de 2002.

Em paranóia generalizações excludentes: dois modelos que coabitam conflituosamente: **ou** Unidade de Saúde **ou** PSF.

Trabalho fecundo e inovador corre no “entre”:

É que o meio não é uma média; ao contrário, é o lugar onde as coisas adquirem velocidade. Entre as coisas não designa uma correlação localizável que vai de uma para a outra e reciprocamente, mas uma direção perpendicular, um movimento transversal que as carrega uma e outra, riacho sem início nem fim que rói suas duas margens e adquire velocidade no meio (DELEUZE; GUATTARI, 2000, p. 37).

Ser misto, mistura missigenação é produção de “entres”, potência de uma mestiça equipe mutante. O microfacismo não permite o encontro da diferença: viva a raça pura! Aos demais, os guetos.

C.C- Agora eu queria saber assim, o que que no imaginário de vocês o que representa isso? O que pode acontecer com a equipe daqui pra frente, com essa questão da carta.

I-2- Bom...nós...

C.C- É. A I-1 tinha falado assim: Ah nem sei se os residentes voltam mais, como é que vai ser...

I-2- Não, parece que...

I-3- É, mas essa carta foi assinada pelos residentes...a gente ficou mais chateada ainda porque a carta também foi assinada por residentes que nunca passaram por aqui, nunca se preocuparam em vir aqui, ver assim o atendimento, então, sabe? Outra coisa também que a gente ficou assim, poxa vida, como que uma pessoa pode falar de uma Unidade sem nunca ter vindo aqui um dia, sabe, assinar uma coisa... (Grupo em 22 de Novembro de 2002)

Frente a questão das consequências da carta em seus imaginários, voltam a expressar a indignação de que a carta fora assinada por outros residentes além daqueles que estavam estagiando; a equipe precisa se afastar do tema: defesa? Mais a frente retomam a discussão:

C.C- O que isso pode redundar em vocês em termos de funcionamento? Quais são possíveis as consequências dessa carta?

I-2- Não, pelo que a gente tá ouvindo falar, que não vai ter mais né? Residente. Não é a gente que não queira. A gente não, são os coordenadores né, mas pelo que o coordenador falou. Parece que nesse Núcleo não vai ter mais residente, agora como vai ser, não sei. Sem residente é difícil né?

C.C- Então, não vai mais ter residente?

I-2- Não, não... (Grupo em 22 de Novembro de 2002)

Sem residentes apenas? Estariam racionalizando?

C.C- E ao isso acontecer, gente, isso significa que aqui não vai mais ter Saúde da Família?

Alguém- Não.

I-5- Acho que não. Parece que eu entendi que foi falado que aqui não vai mais ter residente, e a gente tá agendando pro ano que vem pro Dr. X. Aí depois, aí eu não sei.

I-1- Não, eu acho que o Núcleo vai continuar igual, só sem residente, o que eu entendi. (Grupo em 22 de Novembro de 2002)

Vai continuar igual: em repetição? Sem os residentes tudo fica como estava? E as famílias? E os vínculos que fizeram?

Alguém- É, eu também entendi isso.

I-2- É, com os agentes né, com contratado né?

C.C- Pra vocês assim, provavelmente vocês vão continuar trabalhando, a equipe da saúde da família é...aqui, a equipe aqui sem os residentes.

I-2- É, tão cogitando né, ainda não é uma coisa assim...no calor da...

C.C- Gente, eu tô perguntando isso...

I-2-...da mágoa, da raiva, sei lá. ()

C.S- A presença da Saúde da Família aqui é a questão do ensino da residência médica. Isso é uma questão que só se instalou a Saúde da Família aqui por causa da formação...

I-1- Por causa da residência! Você perde o tripé né, do ensino, pesquisa e assistência! (Grupo em 22 de Novembro de 2002)

Do tripé: ensino-pesquisa-assistência, um deles, volta e meia se encolhe e o estabelecimento vira um bípede: ensino e pesquisa por vezes se sobrepõem a assistência. A carta dos residentes registra também que a assistência é um pilar enfraquecido do tripé.

CC- Todos os agentes comunitários. Isso. São contratados pela Fundação que tá ligada à Faculdade de Medicina...

I-4- Todos né, não é só eu, os médicos...

C.C- Os médicos, as enfermeiras...por que? Porque precisava ter um campo de estágio, e de ensino se escolheu essa Unidade, porque ela não tem... já era uma Unidade básica, não é isso, I-1? Você que tá aqui há mais tempo. A I-3 também, a I-4, I-2...e aí assim, tem agora uma situação que coloca em cheque acho não sei, né, uma carta dos residentes que fala assim: olha, aqui não dá pra gente ficar né, queremos sair daqui, pelo que vocês tão falando. Não sei o que tem na carta, hein, gente, tô aqui chutando, nós não lemos a carta, nós não sabemos da carta assim o que tem nela, mas que coloca assim, tem a possibilidade de não ter mais residentes. E em não tendo mais residentes, há possibilidade então de não ter mais, talvez a equipe da Saúde da Família aqui?

I-2- Eu não sei... (Grupo em 22 de Novembro de 2002)

Quando a saída de estagiários ameaça a continuidade de uma proposta assistencial, há que se perguntar: não é muito frágil esse projeto de mudança do modelo assistencial? O tripé não está manco na ponta da assistência?

Abatidos, conseguem construir significados: o problema não está só aqui, a Unidade está ficando de bode-expiatório frente aos outros núcleos.

I-9- Então assim, apesar de todos nós termos muito abatidos né? Essa semana todo mundo se sentiu criticado né? Eu acho que é uma coisa até que a gente tenha aprendido a olhar né? Com a ajuda da supervisão de vocês, o que cada um pode aprender dessas crises, da gente ver no outro que tá trazendo um problema o quanto da gente não tem naquele problema também né? O quanto que a gente não tá colaborando né? Porque é muito mais fácil a gente pegar um pra Cristo e crucificar né? E isso não resolve nenhum problema, só adia e as coisas vão se avolumando né?

I-1- Mas foi o que eu coloquei a hora que colocou de todo mundo ter assinado a carta. Falei: gente, todo mundo assinou a carta, porque o Residente X, a Y e o Z passaram por aqui. Mas quem assinou de alguma forma vive no Núcleo que está, uma situação que se diz parecida. Só que é muito mais fácil atacar o pessoal do Núcleo Z e jogar tudo lá, uma coisa que tá pipocando nos outros Núcleos. Porque os outros não é a maravilha que pinta, ou se acha que pinta, a gente sabe que não é. (Grupo em 22 de Novembro de 2002)

Voltemos ao contrato de supervisão: estariam viabilizando secretamente o desejo de se separar?

C.C- Mas lembra, gente, quando a gente começou esse trabalho aqui, nós começamos esse trabalho aqui porque vocês relat...verbalizavam assim pra gente ó: é...olha, nós tamos numa Unidade de Saúde da Família que tá...

C.S- Uma Unidade mista!

C.C-...uma Unidade Mista que tá com dificuldade de convivência porque foi colocado, foi instalado junto, uma equipe de Saúde da Família. E tá muito difícil as relações, tem muita dificuldade em se relacionar. Lembram disso? A gente começou todo um trabalho no sentido de tentar inclusive de construir, de tentar ajudar vocês a construir um projeto pra Unidade.

CS- Olhar pra o que vocês tavam trabalhando, como estavam trabalhando em função desse projeto. Deixou dessa forma de assistência que vocês queriam concretizar na ação de vocês. E aí a gente foi olhando. (Grupo em 22 de Novembro de 2002)

Foram morar juntos, fundaram-se nas relações familiares para sobrevivência: um com a tarefa de substituir o outro (O PSF - modelo substitutivo), como colaborar e fazer projetos e ações coletivas? Uns invadidos, outros invasores e substitutos? O desejo da casa própria e separada volta e meia reaparece.

Fariam os trabalhadores um pedido: ajudem-nos a olhar para nossas relações e para o nosso trabalho ou estariam já decididos a se separar e produzindo a separação?

C.C- Vocês vinham colocando em prática, uma aposta assim é possível o velho conviver com o novo e transformar o modelo de assistência. Não é assim, gente? E aí vocês colocavam ao mesmo tempo, é difícil conviver uma equipe da Saúde da Família com uma equipe de Unidade Básica. Tem dificuldade em relação às demais. A gente começou esse trabalho nessa perspectiva, nesse momento da equipe de vocês, nesse momento. E aí vocês vivenciaram quando começou a crise que vocês viveram essa semana, que estão vivendo né, vocês estão nela. E aí vocês vivenciam uma situação que eu não sei até que ponto é imaginário, que ela não é, mas que coloca em possibilidade a continuidade da Unidade como Unidade sem a equipe da Saúde da Família. (Grupo em 22 de Novembro de 2002)

Segundo Deleuze e Parnet (1998) as linhas de fuga podem se precipitar em buracos negros de anti-produção.

O encontro da diferença: trabalhadores de saúde e famílias, agentes de saúde e os trabalhadores de saberes formais, o encontro com o não saber pode ter desterritorializado a ponto de produzir anti-produção.

Não apenas as linhas de fuga, de maior declive, correm o risco de serem barradas, segmentarizadas, precipitadas em buracos negros, mas elas tem um risco particular a mais: virar linhas de abolição, de destruição, dos outros e de si mesmas. Paixão de abolição. (DELEUZE ; PARNET, 1998, p.162)

Se a permanência da equipe do PSF se faz para viabilizar a Residência Médica na Unidade como condição para continuidade do trabalho, do emprego, da sobrevivência, produzir separações é abolição.

I-9- Então ó, eu tô vindo de uma reunião né, então assim, até pra levantar um pouco os ânimos né, a ...eu acho que assim nada é descartável na vida né, até as coisas que fazem a gente sofrer muito, deixam a gente muito pra baixo, né? A carta dos residentes foi um tiro de canhão né? Mas hoje eu mesma reconheci assim, que a carta dos

residentes propiciou né? com toda a inadequação, que todos os coordenadores né? Ahn...assim...sentassem pra ver o problema tal como ele é né? Que não é uma questão do Núcleo de Saúde da Família II né? É um problema da coordenação do Programa de Saúde da Família, um problema da coordenação né? (Grupo em 22 de Novembro de 2002)

Um tiro de canhão fez emergir um problema da coordenação do PSF que quer formar generalistas num tripé manco? Agrupa departamentos e disciplinas e põe a funcionar a mesma lógica de cisão: um pouco de Gineco/Obstetrícia, mais um pouco de ortopedia, mais um pouco de cirurgia, mais um pouco de epidemiologia e outros poucos formam um trabalhador médico generalista?

Emerge o problema dos trabalhadores que podem perder o trabalho? E ainda o problema da população que sequer é consultada: o que querem? Isso importa?

C.C- Agora eu tô falando da possibilidade mediante a saída da equipe daqui.

I-5- Ah pra mim, então, como eu falei se não quiser e deixar morrer, vai acabar morrendo. E vai ficar muita gente prejudicada, que é a comunidade. E nós trabalhadores também, nós perdemos o emprego.

I-3- Eu acho que talvez perder o emprego não, mas se for acontecer talvez seja um problema, mas eu queria ver uma coisinha, que agora você lendo a carta eu pensei, eu acho que talvez, quem não tá aceitando o modelo não somos nós, são eles mesmos que não aceitam esse modelo... (Grupo em 22 de Novembro de 2002)

E a carta que aciona paranóia também desnuda os projetos frágeis desfilando a competição, a exclusão, o ressentimento.

Frente a carta e a crise, diferentes atores são chamados a repensar o projeto e se desenha novamente a questão: irão produzir análises, revisões e correções para de fato fazer virar um projeto que traz na essência a des-construção dos saberes e poderes; reforma que precisará enfrentar os técnicos como disse Basaglia (1985) e se fazer “contra os técnicos”, ou farão do projeto de mudança o ato de mudar para permanecer? O tempo, os trabalhadores e o interjogo de projetos e forças instituídas e instituintes desenharão respostas.

I-9- E assim, ahn...e eu acho que teve até um ponto positivo hoje né, de se conseguir pensar em tirar uma comissão pra de fato ahn...tá

discutindo constantemente todo esse processo de instalação do Programa de Saúde da Família e da residência médica em família. Com a participação não só da Faculdade de Medicina, o departamento de Medicina Social que assumiu isso pra si, mas com todos os chefes de departamentos da Faculdade de Medicina, da Faculdade de Enfermagem, da Odontologia e de outros que quiserem fazer parte. Certo? Né? (Grupo em 22 de Novembro de 2002)

Os trabalhadores se deparam com uma nova encruzilhada: querem mudar o jeito de atender? De fato pretendem mudar os modos de produzir saúde?

C.C- E o que a gente tem apostado aqui junto com vocês, gente, que pode tá levando vocês a uma dada construção é um projeto comum, e esse projeto ser esse da mudança de modelo que não precisa ser o do Programa de Saúde da Família, necessariamente. Mas precisa ser feito modificando o jeito de atender, a forma como a gente se relaciona, a forma como a gente vem atuando, vem atendendo. Isso é mudar o modelo mas isso tem que ser projeto de vocês, eu acho que essa crise coloca em discussão isso. Se isso é ou não é projeto de vocês.

C.S- Se isso que vocês tão produzindo tem a ver com este, esta tarefa da equipe como um todo em relação à questão da assistência que faz com que todos nós estejamos contratados pra estar trabalhando na Unidade de Saúde.

I-3- Não, necessariamente. (Grupo em 22 de Novembro de 2002)

A lida com esses trabalhadores nos fizeram refletir que não é possível mudar o modelo assistencial vigente, a formação dos trabalhadores e os processos de trabalho, o sem articular uma máquina de guerra e de agenciamento. Os instituídos modos de operar e os saberes dominantes se fazem facilmente estratos permanentes e capturam as metamorfoses produtivas: as metástases é que passam.

A máquina é uma articulação para além da mecânica, de guerra para se opor a reprodução repetente que bloqueia o novo inédito.

As máquinas num sentido lato (isto é, não só as máquinas técnicas, mas também as teóricas, sociais, estéticas, etc), nunca funcionam isoladamente, mas por agregação ou por agenciamento. Uma máquina técnica, por exemplo, numa usina, está em interação com uma máquina social, uma máquina de formação, uma máquina de pesquisa, uma máquina comercial (GUATTARI; ROLNIK, 1996, p. 320).

Os trabalhadores desarticulados entre si, os docentes separados nas suas disciplinas e desagregados, a população que sequer é

escutada, compõem algo muito fácil de se desmanchar, ou de apenas repetir.

Há que se criar estratégias de agenciamento, que segundo Barembliitt (1994, p.151): “é uma montagem ou artifício produtor de inovações e que gera acontecimentos”.

O que chamamos de agenciamento é precisamente uma multiplicidade. Ora um agenciamento qualquer comporta, necessariamente, tanto linhas de segmentaridade dura e binária, quanto linhas moleculares, ou de borda, de fuga, ou de declive (DELEUZE ; PARNET, 1998, p. 153)

Agenciar parceiros, construir redes, encontrar-se com o caos, permitir-se entrar e sair dele, saber-se não-saber, recompor a solidariedade, são tarefas para trabalhadores que querem ousar mudanças no setor da saúde: Guerrear portando músicas, arco-íris, sonhos, técnicas e desejos.

Ei, a campainha! Ouviu? É o carteiro: para você!!!

4.6 Carta aos trabalhadores de Saúde:

Trabalha-dores,

As dores da lida ficaram mais fortes ou estão agora humanamente mais próximas? Já bem dizia Pitta, a dor como ofício!

O hospital, os turnos, os leitos já nos faziam encontros conosco, mas fugíamos, lembram-se? Hoje, somos muitos trabalhadores fora dos hospitais, em atenção primária em saúde e nem por isso estamos certos de que podemos parar de fugir, não é mesmo?

Quem somos? Números? Profissões? Cargos? Escalas? Com quem trabalhamos? Com outros números, profissões, cargos? Anônimos trabalhadores de saúde, lidando com anônimos corpos, diagnósticos, humores.

E a todos faltando bons humores!!!

A assepsia dos objetos, a desinfecção das mãos (também das relações), o “clean” profissional esterilizando encontros e nos fazendo

mais distantes: a disciplina nossa armadura, a tecnologia-técnica nossa modernidade eficiente.

Quando não, adotamos uma conduta de infantilização de quem cuidamos numa ridícula miniaturização do outro: “mãezinha, você entendeu as orientações?”

Como colonizadores nos apropriamos dos atos de nascer, de morrer, salvamos! E de novo: salva-dor, olha a dor. Padronizamos e uniformizamos as dores e problemas de seguir a vida.

Nos serviços, os corpos biológicos em partes, assim mesmo, volta e meia um de nós fica impressionado e mexido, logo alguém diz: deixa disso!!. A punção da veia, a pulsão de morte, a rotina e ainda assim uns lampejos de querer se aproximar, de compaixão que tratamos rapidinho de esquecer.

Mas e agora?

Das'Dores é a dona que vinha aqui no posto e trazia as crianças para vacinar, ia embora pouco tempo depois, e dela pouco sabíamos, a carteira de vacina em dia, o mapa de produção preenchido e nossa tarefa cumprida.

Quando conhecemos sua casa, seus sonhos, seus pertences simples e suas dificuldades, ela ficou permanente: agora ela não se vai, vem para nossas preocupações e ocupações, vem também em assunto nas discussões de família e aí nos lembramos das nossas, aí!, nossas famílias!!!

Vai embora Das'Dores, vai embora família e que nada! Olha nossas dores aí.

Nossas famílias que conseguíamos manter “suspensas” durante a jornada de trabalho, estão, em imaginários, conosco mais tempo. O irmão que enlouqueceu, o filho usuário de drogas, o tio bondoso, a tia esquelética, a mãe que se foi, o pai que nunca tive!!!

A dor de revê-los nas casas dos outros, nas esquinas perambulando, nos labirintos das nossas lembranças!!!

Os bolinhos de chuva e o também o cheiro da chuva, o quintal com jabuticabas, não era assim que guardávamos as lembranças das nossas famílias, perto da infante pueril saudade, idealizada, purificada? E agora?

A violência na casa alheia é a violência que nunca reconhecemos como nossas, uns tapinhas para educar, uns xingamentos desvalorizantes, opressão!

Na discussão alguém sugere: denuncia no conselho tutelar!!! Pensa alguém: o que resolve? Pensa outro: e se soubessem o que se passou comigo em casa, interditarão minha família. Denúncia calada das nossas condições. Ainda bem que ninguém sabe, só eu!!!

Que nada, na paranóia todo mundo está vendo tudo, e dar conta de tudo é preciso. Afinal quem é que sabe aqui? Nós os trabalhadores ou quem? Onipotentes que somos! Fazemos do ofício um vício de mandar nos outros e de querer saber mais da vida do outro que ele próprio.

Ninguém sabe, e todo mundo sabe. Ao invés das infrutíferas e longas fugas que já tentamos: indiferença, solidão, esfriamento, afastamento, disfarces — façamos novos traçados! Nossas dores um possível percurso, nossa dor uma ponte solidária para um devir amoroso que não é patético e nem fora de moda, é humano. Devir amizade, devir afago, devir solidário é devir ofício: trabalhador de saúde.

Agora, diante de novos encontros, estamos potência de outros devires-trabalhadores-de-saúde e nossa tarefa é cuidar, produzir o descolonizar da vida alheia das nossas unívocas regras para fluírem libertas a diferença, a multiplicidade, a vida, vidas.

Trabalhadores de saúde, minha solidariedade e meu carinhoso abraço!!!

Território Aprenderes

5 Território Aprenderes:

Batemos numa porta: é uma aorta! Pulsa o território aprenderes e diz Drumond Andrade:

Daqui estou vendo o amor
irritado, desapontado

Penso que o poeta se refira ao amor posse. Vejo um amor livre, liberto e sem paragem: outros amores. Vejo esses de clausura também.

Mas vejo outras coisas: vejo corpos, vejo almas
Vejo beijos que se beijam
Ouço mãos que se conversam
E que viajam sem mapa
Vejo muitas outras coisas
que não ousa compreender...
(ANDRADE, 1983, p.135)

Aprenderes é território esquisito, muito do aprendido não se pode compreender, está depois das palavras, ou antes, não sei. Talvez no desterritório delas: numa sensação que o corpo conhece.

O corpo pode expressar aprenderes com a fala que adormece e com o afetar de todos os sentidos: os olhos se abrem para um outro lugar (olha para uma direção, mas vê noutra canto), a escuta mistura sons e burbúrios concomitantes, o paladar gosta, aprecia mas não distingue o sabor, o coração acalma mas palpita, o olfato respira leve - cheiros breves, a pele se adormece, e se expande incandescente.

Aprenderes é território do corpo que vibra numa escala de musicalidade múltipla e singular: superfície de afetos sabidos e não compreendidos.

Os aprenderes estão “entre”, nas passagens sem paragens. O que poderemos percorrer nesse território são os rastros provisórios de um cometa que justamente nasceu quando riscou o céu sorvendo-o e assim se desfez; vertiginosa trajetória que deixou a lembrança da luz: estrela cadente que nem chegou ao chão, nem durou mais que segundos e viveu plena.

As linhas que poderemos traçar e percorrer no território aprenderes são aquelas que quando materializadas se instituem e já precisam de novas fissuras que num tempo qualquer o desfarão.

Aprenderes em impermanência: fugacidade. Pura fuga!!!

Asas nos pés, luz de vaga-lume numa noite seresta a piscar, breve e insana: aprender a passar, disparar, já... Viajemos!!!

5.1 Ensaio sobre aprenderes da equipe sobre si, sobre a vida e o trabalho:

Em fragmentos dos encontros grupais buscamos pedaços de encantos: momentos de descoberta e de aprenderes dos trabalhadores e da equipe de análise/intervenção que vagarão-lumes no texto.

Eles estiveram em outros territórios e agora povoam o texto-tese que se conclui em fechamentos e instituídos. Mas o viajante-nômade jamais voltará ao mesmo lugar de origem, ou regressará pelo trajeto que já percorreu, nossa viagem já não tem volta, tem somente passagens: encontramos o vento, não o mesmo vento que estava no território paranóia e agenda, encontramos a lua, outra lua, o riacho: de outras águas e assim vamos.

Dos sabores imaginários da equipe milk-shak, salada de frutas e bolo que inicialmente são importantes para as composições das mesmas, ficaram alguns saberes.

Cada um dos trabalhadores sabe sobre alguma coisa importante para a construção de um projeto de cuidar:

I-7 – Eu queria falar uma coisa um pouco diferente do que a gente tá colocando...assim, no sentido se o paciente chegar com uma queixa, então ele chega lá na frente e fala um pouquinho da queixa ali pro pessoal da recepção e aí ele fica esperando e fala mais um pouquinho à vezes com as meninas da limpeza e depois fala mais um pouquinho lá dentro da sala né? E às vezes a gente sai catando os pedacinhos, isso que é cada um dando a interpretação diferente, às vezes a queixa é a mesma, às vezes não, aí a gente enriquece a história e consegue até achar caminhos diferentes, alternativas várias né? Às vezes a gente, na hora a gente tá sozinha ali na sala e pensa alguma coisa a gente começa a dar uma conversadinha, a gente pensa realmente, eu pensava nesse aspecto, às

vezes um dado a mais que passa de cada um que teve uma interpretação e um pedacinho diferente do caminho pra chegar. Isso...eu acho que a gente tem bastante daqui quanto tem de algumas reuniões que a gente tá tendo agora da discussão dos casos da família também, uma coisa importante né? Tipo assim...entender a família né?...Não é só a criança não... Isso tá acontecendo...tá melhorando nessa parte.....e aí a importância de conversar e discutir né? Cada um tem uma visão diferente e mesmo um dado né? A acrescentar. Hum?....

I-8- A comunicação, né doutora?

Silêncio. (grupo em 22 de Março de 2002)

Já não há salada de frutas, nem milk-skak, nem bolo, é outra coisa. Os ingredientes não desaparecem formando outro componente, nem somam-se apenas, um sabor metamorfoseante permite as partes ao lado, nem sobre, nem sub: com. Trabalhador *com* trabalhador *com* usuários - colcha de retalho: cada um tem um pedaço a ser alinhavado pelo projeto de cuidar.

Equipe colcha de retalho que quando se encontra com a diferença não a repudia pois é isso que faz o seu belo inédito.

Aprenderes conta-nos que o saber da população e o saber dos trabalhadores são diferentes mas nenhum é melhor que o outro, nem prioritário; se for, formula-se a árvore, fecha-se a passagem dos desejos e afetos, se organiza a resistente equipe flexneriana:

I-6 – A observação dela foi , ela falou que ela não quer anticoncepção , ela quer operar. Ela falou:-eu quero operar. Eu não quero pôr DIU porque eu posso cair no chão...eu vou cair no chão e o DIU vai pra outro lugar. E eu falei :- não , vai lá, você conversa com a Enfermeira , ela vai te mostrar, ela vai explicar como que é, não é assim...nem sei como é, não! ela disse isso :- eu quero operar. (...confusão)

Falas juntas

I-2- Mas isso é uma coisa que acontece, quantos pacientes vêm, é isso que o Dr X estava falando né , que a demanda dos pacientes é uma diferente , quer dizer , a gente está aqui ...qual que é a nossa produção ? É saúde...saúde , mas o quê que é saúde, entendeu ? Pra gente saúde é uma coisa né, por exemplo nesse caso, pegar uma coisa assim bem concreta. A gente acha que uma moça de vinte e poucos anos não deve fazer uma laqueadura. Pra ela saúde significa fazer a laqueadura né? Então, por exemplo , você pega um caso desses sei lá na hora como que você vai...o quê que você vai fazer? Se você fecha em cima de uma coisa, é isso...o paciente vai pra um lado e você vai pro outro. (grupo em 22 de março).

Desencontros da equipe com suas tarefas quando ela vai para um lado e os usuários para outro. Um atentado contra a finalidade da equipe: existir para deixar ávida a vida fluir em diferenças.

E se fez fecundo aprender de novo sobre o que é cura e sobre o que é saúde:

I-5-...Nós aqui temos uma situação complexa porque nós os médicos estamos acostumados a trabalhar com diagnóstico, terapêutica e cura, e então é isso que a gente sabe fazer, certo? Só que nós temos uma série de situações em que o evento cura é altamente improvável, pela idade do paciente, pela história anterior dele, pelo histórico familiar, etc,etc... e a gente continua na nossa cabeça a trabalhar como se a gente pudesse chegar a uma solução desse tipo, é que desse ponto de vista que é insolúvel. (grupo em 5 de Abril)

O diagnóstico-cura-e-terapêutica dos trabalhadores de saúde se encontra com outras problemáticas que não cabem nessa linear equação. Nos faz deparar com situações de vida que desse lugar de olhar não permitem “solução”.

E os trabalhadores foram educados, formados, formatados para solucionar a saúde e vivem uma confusão, porque a saúde é mais do que o cuidado a uma parte em disfunção do corpo, é da ordem de “seguir com a vida”.

Solúvel e insolúvel, expressões para a saúde e para a vida que são uma e outra: um soluto insolúvel, para a qual não queremos esperança, queremos criação.

Os médicos e demais trabalhadores de saúde que querem se fazer cura-solução e prescrição-de-bem-viver precisam vender esperança. Mas a esperança segundo Fuganti (1991), é uma paixão triste:

As duas paixões mais estimuladas pelo Estado: a esperança e o medo. A esperança nasce de uma crença inconstante na emergência de um futuro favorável mas duvidoso. É evidente que o indivíduo que espera, não age. Ele é impotente para produzir o próprio futuro. A esperança e o medo são, sem dúvida, paixões tristes. E se constituem nas piores paixões na medida em que são estimuladas e provocadas pelo Estado como mecanismos de captura e controle do desejo, na articulação com a recompensa e o castigo (p.65)

Se o usuário fizer “tudo certinho”, como mandar a equipe, pode ter esperanças de curar-se, ao contrário, terá o castigo da piora, da incurável doença e da morte: paixões tristes em recompensas e castigos.

A equipe pode operar criação rompendo o organismo diagnóstico, terapêutica e cura. A perspectiva para o trabalho passa a ser o cuidado, a cura é devir-cuidado de si e por si, imanência, não é causa e nem consequência.

Cuidar é produzir bifurcações nas subjetividades que estão em produção no trabalho em saúde. Bifurcar o que estava estriado, procurando dar passagem para mutações.

Guattari (1991) trata o processo terapêutico, mais especificamente o processo analítico, dessa perspectiva:

A análise não é mais interpretação de sintomas em função de um conteúdo latente pré-existente, mas invenção de novos focos catalisadores suscetíveis de fazer bifurcar a existência. Uma singularidade, uma ruptura de sentido, um corte, uma fragmentação, o destacamento de um conteúdo semiótico - por exemplo, ao modo dadaísta ou surrealista- podem originar focos mutantes de subjetivação (p.14)

Na relação trabalhador-usuário, a subjetividade produzida se faz desde territórios de referência instituídos: o trabalhador de saúde é o agente ativo desse encontro e o usuário é “objeto” passivo. Cuidar, inventando catalisadores, bifurcar para *n* arranjos esse modo de operar que produz subjetividades onipotentes de um lado e impotentes de outro.

I-5- Agora, quando você tem um paciente desse tipo como é o caso do alcoólatra por exemplo, que depois de ter bebido vinte anos um litro de pinga todo dia, a possibilidade do fígado dele voltar a ser como era antes não existe...?... certo? Então muda completamente a perspectiva nossa em relação à história, que de uma coisa simples que seria o problema passa a ser uma outra questão, de você gerenciar o problema de você cuidar do paciente. Como o paciente com câncer em fase terminal.

I-4 – No caso do Sr. beltrano mesmo, o tio dele chegou aqui e falou assim: eu acho que ele está morrendo, eu só não queria que ele morresse em casa. O problema dele era esse, eu só não quero que ele morra em casa.

I-5 – exatamente, mas isso não significa que a gente vá abandonar o cuidado dessa família e desse paciente, quer dizer, nós temos, aqui a Vila é um lugar especial pra esse tipo de coisa, porque é uma população envelhecida e nós temos um monte de gente nessa situação né, e que nós

precisamos é começar a trabalhar com a perspectiva de cuidado e não com a perspectiva só de terapêutica e cura ,eu acho que é...essa.... (grupo em 5 de Abril)

Cuidar na vida, cuidar na morte, cuidar “entre”: os trabalhadores de saúde que historicamente procuraram se afastar da morte e do sofrimento agora os reencontram nas famílias, na Unidade Básica de Saúde, no PSF, se desterritorializam.

C.C: isso é uma coisa importante, foi introduzido aqui, o processo de morte que antes não tinha...

I-5- quer dizer...é...antes a morte. ocorria no hospital como um evento que a gente não participava, hoje a morte não ocorre lá no hospital ela ocorre em casa aqui na nossa frente.

C.S – Mesmo que essa morte ocorra no hospital, com a forma proposta pro trabalho de vocês a partir de uma vinculação diferente é mesmo que ela ocorra lá essa morte permanece próxima, porque..(I-5 fala junto)

I-5- sim, porque nós tivemos contato..
(grupo em 5 de Abril)

Mais que contato: superfície-contato para acompanhar a vida e a morte de um lugar de passagem, emprestando o corpo-equipe para se fazer depositário de toda *dor que mata* se curtida solitária e sem escuta. A equipe cavalgada: cavalo de espíritos selvagens que quando irados ou necessitados pairam sobre um corpo porque não estão materiais, são sofrimentos informes e inominados que carecem passagem para se expressar.

É preciso aprender a emprestar o corpo-equipe em passagem e em montagem de máquina para não assumir onipotente as soluções da vida do outro que parece resultar rapidamente em impotência e desgastes:

I-3 – Mas eu queria resgatar o que a gente tava começando a discutir, o que eu tô querendo colocar, (nomina agente comunitária), é gente é que tem jeitos e jeitos da gente falar as coisas entendeu? E que às vezes uma pessoa passa por ruim, às vezes eu passo por ruim ou outro passa por ruim outro passa por ruim...mas é a maneira, porque tem jeito que a pessoa chega e fala , cê 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 I-3 porque tem hora que a I-3 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 I-3 como quem diz:- você tem que dar um jeito é obrigação sua. E é coisa que é igual o I-5 falou :é insolúvel. Entendeu? Eu posso, eu posso ajudar, eu posso resolver ? Posso. Por exemplo a situação da Dona Ciclana, chegou a um

ponto, entendeu? Que eu não aguento mais, entendeu? Porque ela faz pressão de um lado, o outro faz pressão do outro, o outro.. . () (grupo em 5 de Abril)

O medo de escutar a dor que não se poderá “resolver” porque não cabe naquela linear equação: diagnóstico no corpo do sintoma, terapêutica medicamentosa e cura, torna difícil suportar a lida do trabalho, especialmente na equipe-árvore. Nela um trabalhador é centro, forma-se uma copa em torno de um só ponto, que pressionado, ora curte ser centro de poder e onipotência, ora se faz exausto por não suportar o peso. Em fragilidade, impotente verga-se e afasta-se em reponsabilização; se produz omissão.

Se faz premente quebrar a árvore em rizomas, deixar fluir pelo meio, interrogando os instituídos, fazendo raspagens nas certezas técnicas.

Uma das quebras para passagem em rizomas se apresentam na equipe quando o não-saber insurge não mais pecado, e as incertezas ficam permitidas.

No exemplo acima o centro é o trabalhador enfermeiro que é depositário das necessidades dos usuários trazidas pelas agentes comunitárias. O enfermeiro e os demais trabalhadores tem se mirado no fazer-saber médico que é ainda mais central. Isso faz com que se desenhe o instituído do atual modelo em curso com o saber-fazer centro-médico, em que o trabalho se guia pela consulta médica do diagnóstico, prescrição e cura.

I-4-Até, por exemplo, não teve uma situação recente aqui, lembra, de um paciente, que chegou no final do horário, precisando do atendimento, né, solicitando um atendimento, né, o médico avaliou superficialmente a situação, a enfermeira achou que o médico deveria atender o paciente, mas o médico falou não, a conduta agora é a de ir para o pronto socorro, a enfermeira falou, quem sou eu para questionar a conduta médica, e o paciente caiu na esquina, chegou super mal no pronto socorro. Quer dizer e se nós todos tivéssemos refletido na hora, ohh eu acho que esse paciente deve ficar aqui. Se a gente enfrenta esse embate, a gente não tinha tido o dissabor de,e.e..., sabe, até ter corrido o risco de poder ter perdido o paciente no meio do caminho, né?

I-1- Mas a questão do saber e do social que a Cinira coloca, o pessoal da enfermagem com o pessoal médico é uma coisa muito complicada, porque assim, assim como nós, que trabalha assim no nível médio todas

nós juntas, assim, temo cada um uma formação, como a Cinira fala, tem tudo isso, pra gente assim o médico é...tipo assim se o médico falou pronto, se ele acha que dá pra atender dá, se ele acha que... eh como cada um vem de uma formação () (Grupo em 15 de março de 2003)

A divisão técnica e social do trabalho é instituição que, encontrando a instituição saúde, fortalece o subjugo do saber intelectual ao saber informal e escalona a equipe de saúde: quem pode se opor a fala médica?

Os contornos para escapar dessa ciranda por vezes atentam contra a vida e o direito dos usuários do serviço de saúde, desresponsabiliza os demais trabalhadores, emperra a escuta, faz com que a crise dos usuários seja temida e negada, com ela nega-se também a crise do trabalho e do trabalhador de saúde. Repete-se a consulta médica como alternativa unívoca para toda ocasião.

I-5 () os médicos têm esse problema, toda vez que vem com um problema acha que tem que fazer uma consulta né, e às vezes não é uma consulta, é uma dúvida que o paciente tem.

Alguém – as vezes é uma conversa rápida.

I-5- É a velha história do sujeito que queria telefonar pra Minas Gerais aquela vez você lembram disso? Aquela história é muito engraçada, conto em todo lugar. O pessoal da recepção chegou desesperado, olha doutor tem um sujeito aí de São Paulo...?.Aí o sujeito tava numa agitação psicomotora simples () ...dizendo que ...vocês lembram desse caso?...dizendo que ele era um caso de vida ou morte, ele tava assim atarantado, parecendo uma barata tonta, e eu falei quê que é o problema do senhor? Eu preciso telefonar. E aí conversa vai conversa vem o caso de morte não era dele era de uma parente dele lá de Minas Gerais, e ele tinha entrado na Unidade pra usar um telefone e ele queria telefonar...calma. Fui até o carro peguei um cartão dei pra ele e tal, ele telefonou, acalmou, agradeceu e foi embora.

I-7- às vezes a gente não pára pra escutar as pessoas.

I-5- Porque é assim, não sei quem chamou, alguém da recepção disse o sujeito tava muito nervoso, entendeu? Nervoso com problemas dele, da vida dele.

E não necessariamente a gente precisa de fazer uma consulta médica. (grupo em 5 de Abril de 2002)

Os trabalhadores de saúde aprendem que nem sempre precisam fazer uma consulta médica, toda consulta médica que quiser ampliar-se na clínica carece de ter escuta, mas nem toda escuta precisa ser consulta médica.

Outra escuta pede passagem: a escuta dos afetos entre os trabalhadores. Em aprenderes os trabalhadores se confluem pela produção de subjetividades hegemônica: subjetividades em série, subjetividades dos afetos que grudam e colam (ROLNIK,1989), pela posse e pelo desejo de igualdade.

Para se devir equipe-máquina não é preciso amar-se incondicionalmente, é preciso respeito a diferença e não amor pleno-posse — esse é um engodo que se funda na referência de fusão, igualdade absoluta. Se briguei, se não gostei, se me ofendi, rompem-se as possibilidades de trabalhar junto e desenvolver um trabalho coletivo, referências que fazem os trabalhadores fazer pactos de “tô-de-mal”: bem diferente do devir-criança, infantilização nas relações .

Há que se fazer pactos de trabalho pela vida e para a vida, pacto de compromisso com o devir em passagem e não os pactos de sangue e infantis que aprisionam.

C.S- () vocês estavam falando que pra trabalhar, para estar aqui assim....para se estabelecer um relacionamento né, é preciso assim nitidamente de um pacto, nitidamente de uma confiança mútua né, isso em relação ao relacionamento de casais né , mas que também aqui , para o desenvolvimento de um trabalho de grupo , onde a gente trabalha , que a gente vai olhando da forma com que, este trabalho de saúde está sendo desenvolvido por vocês no dia a dia, tem que ter um mínimo dessa confiança...é...é...um certo pacto entre as pessoas que estão presentes para o desenvolvimento do trabalho. ()

Silêncio

I-2 – Eu acho que esse negócio do pacto como, assim, eu vejo o pacto como reflexo do respeito né, significando o respeito aí um pelo outro pra trabalhar né, porque o pacto parece uma coisa muita fechada né, mas que a gente possa ter assim como pacto, o respeito um pelo outro né, e a confiança né, porque apesar da agente trabalhando em grupo, discordar um do outro né, a gente possa acreditar que a gente tá junto aqui pra fazer um trabalho né, essa confiança né? Isso é fundamental pra que a gente possa trabalhar junto.

I-1 – Acho que às vezes, né I-2, ... potencial humano... a gente entra em conflito , se perde um pouco nisso... isso em função... () Apesar de ter todo esse potencial , de já ter um trabalho aqui muito bem estabelecido...Fiquei pensando um pouco nisso também...

(Uma ambulância passa...) (grupo em 22 de março).

A ambulância que passa gritando sirenes em meio a fala do grupo, conta da urgência de se dar passagem para outros sentidos aos pactos. Que

o pacto, se houver, não seja o de evitar o atendimento, o de descaso disfarçado, o da inclusão diferencial da diferença; que seja compromisso com a passagem, com a provisoriedade, com o finito ilimitado, com a vida dos trabalhadores e dos usuários.

I-1- Lá no posto x a gente era referencia, mas a gente tinha uma demanda de serviço né, e a gente tava sempre numa roda viva nós nunca, eu acho que eu nunca senti assim essa aproximação com a equipe que eu sinto aqui... quero falar assim do potencial, a própria forma de trabalho que já era organizado...às vezes eu tenho lembrança de lá quando eu vejo as meninas o ambiente...mesmo correndo né,.fazendo muita coisa e a gente dá conta né.....eu acho que isso gera muito conflito, muita da demanda vem com a saúde da família, dá muitos desdobramentos, não sei..... (grupo em 22 de março).

Grandes potenciais para se devir equipe em n arranjos, se faz no cotidiano, ora máquina fascista ora máquina desejante, ora nada disso. Há que se olhar para o aumento de trabalho numa Unidade que operava de outro modo, aumento não só de trabalho quantitativo. É que quando uma equipe se propõe a produzir cuidados e a construir outros territórios de referência para o trabalho, se depara com novos encargos, novos desafios, novos caminhos a traçar, a construir: trilhar o novo é mais complexo e causa desterritorialização.

Aprenderes foi devir texto com diferença de cerca de um ano e oito meses após os grupos iniciais com os trabalhadores. Por isso faz referências ao atual inseparado em vivência dos tempos, aprender é da ordem do tempo não cronológico: “é tempo agido, objeto de mutações qualificativas” (GUATTARI, 1991, p.14)

Numa tarde do último setembro, Jorge Bichuetti nos possibilitou viver um laboratório que fez passar no corpo dos trabalhadores um dos formatos da equipe: fizemos uma escultura da equipe onde cada um colocou em cena seu próprio corpo, num dado lugar compondo uma imagem do corpo coletivo da equipe.

Os trabalhadores dessa equipe em questão se fizeram estátua voltada para dentro, sobre si, com áreas de debilidades nas posturas que causavam mal-estar a alguns e que tínhamos por tarefa procurar amenizar.

Uma trabalhadora no centro tentava colocar óculos em outra, todos os outros ao redor: circularmente ao redor. A equipe se vê fusão, um que saísse de seu lugar desestruturava tudo.

E a equipe se auto-analisou: o que se tentaria olhar e não estavam conseguindo ver? Ver e se rever, olhar e ver ou não ver?

Momentos antes os trabalhadores haviam identificado novamente (pois em reuniões de supervisão conosco já haviam se deparado com isso) que se colocam atrás dos usuários para não tomar contato com as próprias dificuldades; os usuários ficam como problemas: os pacientes não tomam o remédio, não vem aos retornos...

Vimos dificuldades para mudar os papéis e achar saídas outras que não aquelas da consulta médica. O ato representado (técnica do esquizodrama²⁵) mostrava que as possibilidades passavam pelo permitir-se do médico se devir-enfermeira, enfermeira-agente, médica-usuária, gerente-técnica de enfermagem.

Aprenderes em tempo agido nos faz ver e rever com a equipe os modos de compor e lidar com o trabalho.

No início dos trabalhos de análise/intervenção as dificuldades decorrentes das faltas imperavam, aprendem que o lugar idealmente completo e pleno para trabalhar não haverá:

I-7 – tem hora que a gente se pega muito aqui na dificuldade, não tem espaço, não tem material, ah não tem.. ah vai ser difícil fazer grupo, ah vai ser complicado com adolescente, vai ser pior com criança, difícil acho que vai ser sempre em qualquer tipo de atividade em qualquer tipo de programa ... (Grupo em 15 de março de 2003).

Também dificultava/dificulta o devir-equipe máquina a noção de jogo e time do modo capitalístico, no jogo o receio de passar a bola:

I-5 – Se nós fôssemos um time de futebol nós seríamos um time muito engraçado..(risos) se a Fulana jogasse na defesa e ela tomasse a bola do centroavante do outro time, ela ficava assim: será que passo a bola pro Romário? será que ele não tá cansado? Éh acho que ele está cansado, acho que ele não quer que eu passe a bola pra ele... Ele já jogou muito,

²⁵ Esquizodrama é uma técnica utilizada pelos esquizoanalistas para produção de auto-análise e auto-gestão e que se propõe ao invés da interpretação a ação dramática. Maiores detalhes consultar a produção de Barenblitt (2003).

vou ficar com a bola, Porque assim o problema seu é o nosso né, e vice-versa, quer dizer então, ah... nós não temos como resolver sozinhos as coisas, muito mais vocês que estão começando. Nós também não temos, mas a gente...eh....eh enfim é isso que é uma equipe, quer dizer se a gente troca as coisas, e pelo menos chegar à conclusão que a gente não sabe e tem que se reportar a alguém que saiba, certo? (Grupo em 5 de Abril)

E quem é que sabe? Não é justamente aí que está uma das problemáticas da crise da saúde? Se a equipe for jogo, que seja o jogo proposto por Deleuze e Guattari (2002 b), ao invés do xadrez, o Go. Nada de Romários de salários exorbitantes, Josés de ganhos e posições inexpressivas e gandulas nas margens correndo miseráveis atrás das bolas para coloca-las em jogo.

O xadrez é um jogo de Estado, ou de corte; o imperador da china o praticava. As peças do xadrez são codificadas, tem uma natureza interior ou propriedades intrínsecas, de onde decorrem seus movimentos, suas posições, seus afrontamentos. Elas são qualificadas, o cavaleiro é sempre um cavaleiro, o infante um infante, o fuzileiro um fuzileiro. Cada uma é como um sujeito de enunciado, dotado de um poder relativo; e esses poderes relativos combinam-se num sujeito de enunciação, o próprio jogador de xadrez ou a forma de interioridade do jogo. Os peões do go, a contrário, são grãos, pastilhas, simples unidades aritméticas, cuja única função é anônima, coletiva, ou de terceira pessoa: "Ele"avança, pode ser um homem, uma mulher, uma pulga ou um elefante. Os peões do go são os elementos de um agenciamento maquínico não subjetivado, sem propriedades intrínsecas, porém apenas de situação (DELEUZE;GUATTARI, 2002 b, p.13)

Não é de meu domínio o jogo go, nunca o vi. Já joguei xadrez e vivi inúmeras partidas. As suas peças estão sobre um tabuleiro-campo-de-batalha estriado, dois times, não muito diferente do futebol. Vence a estratégia, o domínio do centro do tabuleiro, as peças avançando como lanças em bloco: o gol é único e é o xeque-mate.

Cada peça tem um só possível jeito de se mover, peões para frente uma casa (exceto em situações especiais como na primeira jogada), os cavalos em L, os bispos nas diagonais, a torre em retidão, a rainha mistura bispo e torre e o rei que se move lento uma casa penas para qualquer lado.

As peças são valoradas: cada tipo tem uma posição na hierarquia, o rei vale o jogo, a rainha 9 pontos, a torre 5, o bispo e cavalos 3 e os peões 1.

Peões raramente se transformam em outra peça, só se alcançarem a oitava casa, jogada difícil de ocorrer nos jogos.

A equipe no formato de jogo de xadrez prevê movimentos fixos e sobrecodificados, se os trabalhadores forem peças codificadas está anunciada e reificada a divisão técnica e social do trabalho.

É possível sair desse formato de equipe? Rei-médico, rainha-enfermeira, técnicas de enfermagem-torres, auxiliares-cavalos e auxiliares-bispos, agentes-peões que vão a frente?

Aprenderes nos remete ao encontro de um pensador clássico da saúde coletiva, nosso companheiro de tantas reflexões Mario Testa (1995):

A equipe de saúde é uma miniorganização que reconstrói a unidade perdida – através das sucessivas divisões de trabalho que geram outras tantas profissões diferentes- do trabalho social cujo objeto é a atenção a saúde. () Dentro dessa unidade de trabalho social existe uma divisão técnica correspondente a cada um dos trabalhadores que constituem a equipe- na qual existe uma hierarquização funcional de atividades que se correspondem com conhecimentos específicos. Essa funcionalidade implica que a hierarquia- entendida como comando transitório das atividades – não é uma designação permanente a um cargo dentro da equipe...() Esta maneira de pensar a equipe de saúde mantém a diferenciação necessária do conhecimento e mesmo a hierarquia de autoridade, sem que, por isso, entre em contradição com a possível relação democrática dentro da equipe, embora tão pouco a garanta: por isso convém que voltemos agora a examinar a construção da igualdade. Estamos condenados a repetir sempre o mesmo processo, a perguntar-nos agora: o que é igualdade? A resposta, e essa altura da discussão, parece óbvia: ausência de relações de poder. A nova pergunta é: isso é possível?, a qual vamos deixá-la como pergunta aberta... (p. 295)

Também vou deixá-la como pergunta aberta, aberta para que seja n vezes respondida fugindo-se dos planos possível/impossível, abertura para um novo inédito virtual.

Em aprenderes estamos frente a um labirinto no qual precisaremos nos atirar sem garantias de volta, vertiginosamente não sabendo: partimos do lugar onde a equipe não recompõe a falta e nem o todo (o desejo já vivia pleno antes da castração e da teatralização do inconsciente). Sua fundação instituída do desejo a partir do complexo de Édipo ou da divisão técnica e social do trabalho é que nos leva em uma circularidade a esse ponto. Há uma fabrica de subjetividades em produção: e a equipe de saúde é

produção. Que possamos nos atirar e viver a equipe como partes lado a lado, sem todo, num movimento de compor/descompor fronteiras entre fazeres/saberes, fugindo da sobrecodificação da equação: divisão- falta-recomposição pela equipe.

Como instituição, a divisão técnica e social do trabalho reproduz-se instituída e nela passam linhas flexíveis e de fuga, e não só linhas segmentares duras binárias, circulares e lineares. Produzir desterritorialidades é tarefa para a auto-análise e auto-gestão, interrogar a superfície de registro e controle.

No trabalho de equipe que vigora equipe flexneriana, resistente e sem cintura é preciso abrir rizomas, expor certezas como as de quem sabe, sabe o quê? Sabe pra quê? Soube como? Sabe sempre? Sabe por quê?

Bom, mas você pode perguntar: estamos no país do futebol, qual o problema de equipe de saúde metáfora equipe de futebol?

O perigo da captura dos sistemas de controle, aliás essa é a proposição da “qualidade total”, equipes formando times, em competição permanente. As empresas capturando o trabalho vivo através da proposição da equipe.

Drucker (1993), autor da administração e admirador de Taylor descreve 3 tipos de equipe comparando-as aos times e conjuntos musicais:

A primeira espécie de equipe é exemplificada pela equipe de beisebol ou de críquete; também é a espécie de equipe que cuida de um paciente em um hospital. Nesta espécie, todos participam da equipe, mas não atuam em equipe()

O segundo tipo de equipe é a de futebol. O mesmo conceito é usado na organização da orquestra sinfônica e também da equipe médica que cuida do paciente que tem uma parada cardíaca às duas da manhã. ()

Finalmente, há a equipe duplas de tênis, a mesma do conjunto de jazz ou dos quatro ou cinco altos executivos que, em conjunto, constituem o “gabinete do presidente” nas grandes empresas americanas, ou o Voltand (conselho de gerência) nas empresas alemãs (p. 58-59)

A sociedade mundial de controle tem mecanismos sutis de captura e de controle reproduzindo as subjetividades necessárias ao modo de produção capitalista, para Passetti (2002):

No interior da sociedade de controles contínuos, os lugares são redefinidos por fluxos. O investimento não é mais no corpo propriamente dito: interessa, agora, extrair o máximo de energias inteligentes, fazer participar, criar condições para cada um sentir-se atuando e decidindo no interior das políticas de governo, em organizações não-governamentais e na construção da economia eletrônica (p. 134)

Nas equipes relativa participação, extração de energias inteligentes, para que mesmo? Acúmulo de lucro para alguns, e os lucros podem ser poderes, afetos tiranos, espaços privatizados (agenda por exemplo), e não só o dinheiro.

Há que se compor equipes engenhocas-mutantes, desterritorialização das fronteiras fixas e imóveis entre os saberes/fazeres das profissões. Prudente nos lembra Deleuze: há que se guardar um pouco da organização para não adentrar buracos negros de auto-destruição: “É necessário guardar o suficiente do organismo para que ele se recomponha a cada aurora”. (DELEUZE; GUATTARI, 2002b, p.23)

O núcleo de competência e de responsabilidade (CAMPOS, 1997b) de cada trabalhador negociado permanentemente e norteando-se pela discussão: funciona? Como funciona? Defende a vida?

Diante dos poderes/saberes distintos o medo é outra paixão triste:

I-5- Agora, você ficar com o problema com medo de passar o problema para a equipe, aí, aí é muito difícil, porque é como se você ficasse segurando a bola lá no cantinho né, e o jogo parasse porque você não consegue dar vazão pra aquele seu trabalho, entendeu? Que é 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.

I-9- Aconteceu um caso comigo.....(fala junto)

I-5- então a gente precisa aprender a passar esse negócio...entendeu?

I-7 - O tempo deste é diferente do tempo nosso, e vice-versa né?

(Grupo em 5 de Abril de 2002)

Se, na chegada do usuário (recepção) e na ida aos domicílios (visita) são pontos de “debilidade” da máquina-equipe, como amparar quem ali fica?

Alterar a recepção da Unidade de Saúde fazendo a construção coletiva da agenda, ação que ameaça os instituídos e fizeram os trabalhadores recuar.

Esse parece ser um ponto nevrálgico para alterar os processos de trabalho em saúde. Em aprenderes, conseguem Identificar a recepção e as visitas como momentos de decisão importantes do trabalho em saúde. Isso sugere a criação coletiva desses espaços e da clínica de todos os trabalhadores de saúde, desafio ainda não possível pelos medos e pelos instituídos.

5.2 Aprenderes: O agente de saúde pode transversalizar e mutar a equipe.

Deleuze e Guattari (2000) falam de uma evolução a-paralela: dois reinos aparentemente desconexos se mesclam. É o caso de uma proteína de um vírus tipo C que conseguiu se acoplar ao DNA de um babuíno e de uma certa espécie de gato doméstico. Uma proteína alostérica que é aquela que se incorpora modificando, produzindo um novo imprevisto.

Os esquemas de evolução não se fariam mais somente segundo modelos de descendência arborescente, indo do menos diferenciado ao mais diferenciado, mas segundo um rizoma que opera imediatamente no heterogêneo e salta de uma linha diferenciada a outra. É o caso, ainda aqui, da evolução a-paralela do balbuíno e do gato, onde um não é evidentemente o modelo do outro, nem o outro a cópia do primeiro (um devir-balbuíno no gato não significaria que o gato “faça como” o babuíno (p.19)

O agente comunitário em saúde possui a potência de transversalizar a equipe de saúde.

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. É o próprio objeto da busca de um grupo sujeito (GUATTARI, 1983 p. 96.)

Muito se tem dito nas publicações a respeito do PSF que o agente comunitário é o elo da equipe de saúde com a população.

Se é preciso um elo é porque algo está dissociado, quebrado. Em aprenderes sobre a equipe encontramos o agente comunitário de saúde, trabalhador que nem é povo puro e nem é técnico puro: um mutante.

Traz para a equipe as necessidades da população:

I-4 – É então...Eu vou falar uma coisa aqui, que eu tenho tido uma boa experiência com as agentes comunitárias né? Eu tenho tido uma reunião sem um norte de discussão (?) é o trabalho delas né? Mas assim, que elas têm se posicionado, têm falado um pouco mais o que elas estão sentindo e isso tem sido uma coisa boa pra mim porque inclusive assim, ah.. é....tem me ajudado a aprender algumas coisas que eu não sei, a conhecer algumas coisas que eu não conheço, né, e tem me ajudado a pensar, assim, comigo, eu me sinto até mais tranquila em relação a isso , é assim, eu acho que elas têm tido uma liberdade maior comigo, né? Nós tamos...assim, tem hora que eu falo :-gente, isso não é trabalhar em equipe porque eu acho que tem um desenvolvimento das duas partes. Eu tenho sentido assim...acho até também que vocês podiam estar aproveitando essa experiência e estar se colocando aqui também... (grupo em 5 de Abril)

As duas partes modificam-se quando podem se encontrar: saber popular-saber técnico. Mutações que podem brotar em rizomas aprenderes novos.

Agente de saúde - Aconteceu igual um caso da dona Fulana, tem uma hepatite crônica né , então a gente ia visitá-lo, então eu ia visitá-lo, falava que trazia problema, uma vez a dra Z visitou e tal, mas não pediu o que eles queriam, levava na Beneficência voltava do mesmo jeito e dessa vez eu falei assim, ó gente vamos lá, que às vezes alguma coisa, não vai ter cura médica, não tem, mas pelo menos a família...igual a...?... falou :- não precisa você visitar mais, não resolve nada, você vem aqui se oferece, fala e não resolve nada. Aí a Dra. K foi, consultou, fez os exames, só que aí, aconteceu que ela vomitou muito, foi pro Pronto socorro, de lá foi encaminhada pra UE. Agora tá no campus no HC. Então você vê, depois a família veio me falar:- aí ó valeu, eu sei que ela não vai curar mas pelo menos vocês fizeram alguma coisa. (Grupo em 5 de Abril de 2002)

O agente de saúde com sua insistência e por olhar para a dor e sofrimento sem os rótulos que fazemos: tem cura, tem prescrição, tem solução, permite que a equipe reveja aquilo que do seu olhar “não tem jeito” e faz mover os trabalhadores com seu saber técnico de seu lugar conhecido.

Agente– Sabe o quê que eu acho, eu penso assim, é que às vezes a gente vai e conhece,..igual eu cheguei aqui e vi o Dr. X e falei daquela situação, eu estava saindo pra uma visita, eu não estava indo lá . O paciente estava na calçada esperando um táxi já fazia mais ou menos

uns trinta minutos. E aí...aquela coisa, aquela conversa que a médica não foi lá, não deu retorno, mas não foi bem assim a situação quando cheguei aqui e expliquei, falei ó estão falando isso assim assim, eu não sei nem o que é isso, mas eu ainda acho, eu não sei eu...eu gostaria...será que não pode ir alguém lá pra pelo menos pra fazer outra imagem né, porque eu acho que não é bem assim. Aí foi onde aconteceu depois, trouxe ele de cadeira de rodas, até a dra K foi lá, o dr X atendeu, tudo e aconteceu porque tinha que acontecer mesmo, eu já tava vendo isso há algum tempo, mas pelo menos ele teve, assim, um atendimento que ninguém vai poder falar que não teve né? Então a gente chega aqui e fica naquela, às vezes não é que a gente tá falando pra exigir que o médico vá. É que a gente acha assim, quem sabe o médico indo lá né, ou a gente então vai lá né e aí dá uma levantada no paciente então a gente não fala por aquela coisa assim, entende? É aquela ansiedade que vai melhorar alguma coisa, ou aquela dor de cabeça que o paciente tem ou aquela, aquela coisa assim que ele não aceita, então talvez a gente indo né...mas a gente tem medo não é só eu, é a Agente Y é a Z, a W, então a gente tem mesmo, será que se eu falar, será que,né? Todo mundo sente isso né? Então a gente tem medo, a gente chega e fala para a enfermeira será que não tem jeito... e assim...ah dá um jeito tal... (falas juntas) (grupo em 5 de Abril)

Merhy (1997) já nos lembrava que em geral nossos usuários estão insatisfeitos com os serviços de saúde pelo seu descaso as suas dores e mazelas, “fazer alguma coisa” significa muitas vezes se importar, se solidarizar com o que há de mais genuíno na aproximação entre humanos: seus sofreres distintos e similares ao mesmo tempo.

Os trabalhadores técnicos reagem: o medo impera e emperra, a fala do agente de saúde é calada.

I-2- 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, I-4?

I-4- É.

I-2-...ela já chegou avisando que o paciente tava passando mal!

C.S- E ela também?

I-2- E ela também! Entendeu? Agora, inclusive assim, nesse momento que ela chegou, o Dr W tava discutindo um caso com a Dra X. Mas ela que vai falar tão direto com o Dr W? Ela veio falar comigo.

I-6- Eu ia passar direto, mas quando eu vi a senhora aqui, eu falei: a I-2...acho que vou conseguir alguma coisa.

I-2- Você entendeu?

I-6- Se você não estivesse aí, eu teria procurado.(Grupo em 28 de Junho de 2002)

A agente de saúde procura conseguir alguma coisa, incluir o usuário, tenta brechas, se perguntando: onde posso conseguir alguma coisa? Um dos modos de captura dessa possibilidade de inclusão é a de não atender:

Agente- Pois é, eu até queria comentar isso numa próxima reunião de discussão. Igual que aconteceu com essa moça, eu voltei lá, ela tinha trancado a casa e tinha saído. Aí eu vim embora, ela tava reclamando que não agüentava nem andar de dor. Aí eu vim aqui, fiz... falei né, que eu tentei ligar mas o telefone só dava ocupado, eu peguei e vim aqui avisar que não precisava ir lá não, que o Dr. H ia. Tinha resolvido que ele ia. Aí vim pra dizer e voltei pra continuar a visita né, 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.
(Grupo em 28 de Junho)

No atravessamento dos instituídos as agentes se calam frente a equipe de saber técnico:

C.C. () Estão várias vezes , nos vários encontros sem se manifestar né? Então, por que será que esse, nesse grupo de trabalho que temos aqui geralmente temos muito mais gente de curso superior falando, falando, falando e o pessoal de nível médio não falando, não expressando. Então assim, vamos ver se é possível a gente buscar então estratégias pra gente facilitar a nossa comunicação aqui. Silêncio breve (grupo em 5 de Abril)

As estruturas de organismo da equipe fazem com que os agentes de saúde se calem. Mas, doutor! o agente é cantor! canta o sofrer na vida, canta a necessidade do povo e como cantou Mercedes Souza:

Se sí calla el cantor, calla la vida/ porque la vida/ la vida misma és todo un canto/ si se calla el cantor, muere de espanto/ la esperanza, la luz e la alegría/ (SOSA; GUARANY, 1977)

Agente – Não! Eu tô falando...eu, por exemplo, às vezes eu saio... eu tô, eu fico apavorada, porque é duro de ver o sofrimento assim né? Eu falo:- Ai meu Deus será que eu chego lá, e às vezes de repente eu volto né? E o paciente... aconteceu alguma coisa... entendeu? Pode tá morto!

C.C – Sabe por que eu tô perguntando isso, agente, porque no serviço de saúde...

Agente – É porque a gente, eu, por exemplo, pro médico geralmente ele acha que é tudo mais natural, não é assim...e a gente que não entende, acha que pode acontecer né, ele sabe que não, mas a gente não sabe né? ...eu falei:- Ontem foi a vez do meu filho não tem perigo de subir? Entende, é uma coisa assim, que às vezes a gente pode até...exagerar, né? Não sei mas... Eu cheguei, eu fui ver a dona Maria. Sabe dr.M, ela não tá tão bem quanto quando os médicos tinham ido lá, falou que ela tava bem... Ela não tá desse jeito, eu fui lá ela tava assim... Ah! Tá bom

doutor, eu vou lá... mas eu fiquei lá com aquela... Graças a Deus deu tudo certo...

C.C – É o seguinte: pelo que a gente vê do trabalho nos serviços de saúde,() porque existe assim, uma ...entre o serviço médico e de enfermagem, eu acho que os agentes comunitários tentam introduzir, uma coisa assim, da enfermagem, criar condições, muitas vezes pro paciente ser atendido, porque julga que o paciente precisa ser atendido. Faz uma certa intermediação para que o paciente seja ser atendido.(Grupo em 14 de Junho)

5.3 Dos aprenderes da equipe de coordenação (zonas de cegueira e de sobrecodificação): O importante papel do supervisor das supervisoras.

Viajante-nômade, aproveitando o exemplo de intervenção acima na coordenação dos grupos, quero compartilhar contigo outras entranhas do território aprenderes, é a região que surge análise permanente de implicação: auto-análise de quem se propõe a tarefa de analista/interventor/cartógrafo.

No ato instituído de interpretar sobrecodificamos a equipe, os trabalhadores e toda a multiplicidade: o que me fez aprender que analistas cristalizam instituições e podem barrar os desejos.

Em território aprenderes se destaca o supervisor de quem faz a análise e intervenção como um multiplicador do que se vê, e se deseja ver.

As muitas viagens a Minas Gerais para discutir com o supervisor - Jorge Bichuetti - as nossas angústias, dúvidas e certezas, fizeram da pesquisa/intervenção aventuras de desterritorializar os nossos saberes. A supervisão produziu desterritório dos saberes que tinha sobre mim mesma e sobre a equipe em seus caminhos e descaminhos. Conheci minhas unívocas interpretações, que bifurcaram para aberturas de extratos e possibilidades de devires nunca dantes navegados e ousados.

Produção de ver e se rever necessária para viajantes/pesquisadores nômade que fazem do caminho da análise apenas a incessante multiplicação. O caminho é uma trama, rede, setas de passagens para todos

os lados, nada termina e tudo é passageiro: o supervisor do analista/pesquisador movimenta o finito ilimitado.

Em aprenderes está a supervisão como máquina para desmontar referências, desconstrução da especialidade e dos lugares de “experts”. Num sábado, após ter vivido um encontro grupal com a equipe na sexta-feira, eu e Silvia nos vimos muito desanimadas. Pensava que tinha me metido numa empreitada na qual não daria conta: vi minha onipotência de que quem daria conta da intervenção e da análise seria eu (dar conta do quê? não é mesmo!), desconsiderando a produção dos trabalhadores num “entre” analistas e trabalhadores, instituídos e instituintes.

Aprendi na ação do supervisor comigo, o ato processo de ao invés de interpretar e sobrecodificar minha onipotência, o lançar solto de uma questão que me desterritorializou: “Quem não teria dificuldades nesse processo? Vocês acham que eu não teria?”

Atônita, aprendi na superfície profunda da pele, a razão para o desmonte da referência dos experts: o analista/expert é lugar de poder e colonização, que se transversaliza não pela interpretação, mas pela provisoriedade e implicação.

Os espaços de supervisão criaram no transcorrer dessa pesquisa/intervenção um “seting” de encorajamento e de produção de ousadia, fazendo provocações nas barragens que fazem contenção do desejo, do novo e do devir. A supervisão é máquina de produção de auto-análise e auto-gestão de quem está também supervisionando e intervindo.

5.4 Confissões, confusões e “conclusões”:

Em auto-análise lembro-me que há um tempo atrás vi um livro do Neruda chamado “Confesso que vivi”. Quero também confessar aqui que vivi. Vivi angústias, medos, esperanças, paixões tristes.

Em muitos dos exemplos dos grupos trazidos neste texto-tese, identificamos falas longas da equipe de coordenação, os grupos discutindo

numa direção e as intervenções de fala surgiam como trens cortando noutra direção, mais sobrecodificando que multiplicando.

Competimos na coordenação, muitas falas da Silvia eram seguidas pelas minhas e vice-versa. Confesso que vivi o desejo de uma coordenação em fusão, sem diferença, outras vezes sem limitações: onipotente.

Confesso que queria férias, tanto quanto a equipe, no mês de Julho e por isso a “parada” sugerida pelos trabalhadores nem foi percebida como desejo de parar o processo num momento em que a equipe estava numa bifurcação: mudar ou não mudar a agenda, o processo de trabalho, suas relações.

I-2 – A programação...até o final de Junho.

C.S. – A programação...temos no dia 21 de Junho pela manhã e dia 28 à tarde.

I-2 – Vai ter férias?

Alguém – Em Julho vai ter férias...

I-1 – Vai ter mais....?.....

I-2 – Vai pagar um terço das férias?

I-1 – Ahn...Eu posso até passar pra vocês, até pra vocês avaliarem como a gente pode fazer com quem tá na unidade...?...

Alguém -?????.....

I-2 – Nossa Senhora Aparecida! (grupo em 14 de Junho)

Confesso ainda que vivi a desterritorialização de uma coordenação que procura uma “distância ótima” e que interpreta muitas vezes. Aprendi que a implicação do analista em seu processo é muito operativa e que pode permitir uma troca de cuidados e nesse processo do ato de pesquisar/intervir fomos cuidadas pela equipe:

I-1: Quais são as dificuldades de vocês?

C.C – As nossas ? .tem uma dificuldade de mistura de papel. Tanto é que nos outros locais que a gente faz esse tipo de trabalho tem sido bem mais tranquilo, porque.nós temos que ajudar vocês a pensarem sobre algumas coisas e mais a pesquisa, isso tem amarrado, e essa é uma dificuldade que nós vamos ter que trabalhar internamente. (grupo em 5 de Abril)

Diante do nosso não-saber, de nossas dúvidas e medos tivemos colo:

I-5 – Primeiro que eu não participei de nenhuma reunião, essa é a primeira (choro de bebê junto com a fala)...pra mim tem sido difícil ...se poderia foi na sexta feira de manhã. Mas eu estou vendo esse negócio que vocês estão

falando que a ansiedade e as dificuldades que vocês encontraram e essa idéia de que deve passar rápido por isso, seria secundário, né? Mas isso é a própria dificuldade, é própria razão de se ter esse trabalho né? Porque se não fossem essas dificuldades nós não precisaríamos ter todo esse trabalho, né? Por outro lado quando essas dificuldades forem superadas, outras provavelmente virão naturalmente né? Então na verdade o esforço é esse, quer dizer é tentar, tentar superar essa fase, na verdade é superar os problemas. Que são os problemas de relacionamento mesmo dentro da equipe né, desde o começo a gente tropeça nesses problemas...?...preocupado com eles. Agora, isso demanda um esforço né, de resolver os problemas, e...essa coisa ...?.....se eu pudesse eu não participaria da reunião porque é um ...esse esforço de participar da reunião e discutir essas coisas é então discutir o próprio papel dentro do grupo né? E ela gosta muito de trabalhar em grupo desde que o grupo todo se convença que realmente nós temos razão, certo? Ou seja, desde que o grupo se aproxime da nossa idéia e não que a gente tenha a necessidade de fazer algum esforço de se aproximar de uma idéia média do grupo né? Porque é essa a verdadeira questão, nenhum de nós está certo e nenhum de nós está errado, só que nós temos que chegar ao meio do caminho pra gente tentar acertar o trabalho né? E as experiências pessoais etc, etc não são problemas. Isso pode ser superado desde que você veja que há um papel maior pra ser feito aí né e é isso que nós estamos aqui

A idéia é que o resultado do nosso trabalho seja uma coisa importante...pra nós e pra população. Só que isso demanda um esforço desgraçado né? E não é um esforço pequeno porque é um esforço emocional né? ou seja realmente, é começar a pensar...qual o meu papel aqui?...eu acho que essa dificuldade é justamente essa. Essa...ah....e aí não é problema, na verdade da..... coordenação do grupo, não é isso aí não, eu acho que é a própria dificuldade mesmo. Se isso daqui realmente for se desenvolvendo daqui a dois três anos vai tendendo a se acertar, desde que as pessoas estejam realmente querendo participar né?

Silêncio breve

I-4 – É, inclusive eu não tinha nenhuma expectativa que a coisa fosse acontecer diferente, eu só acho que nesse primeiro momento né, aliás assim eu fiquei surpresa positivamente entendeu? Eu acho que teve uma adesão maior do que a que eu tava imaginando né? Talvez a participação aqui no grupo ainda esteja tímida mas eu acho que é uma coisa que o Dr X colocou mesmo...é uma coisa que vai acontecendo mesmo né? *Pausa* - Assim, pra mim particularmente tem sido um espaço muito bom né...ahn...de estar colocando o que eu penso, sem ser ahh...a coordenadora da Unidade ahn...tenho sentido isso um espaço bom pra isso né....de estar me colocando como profissional mesmo, profissional, como pessoa aqui.

Silêncio breve (grupo em 5 de Abril)

E como foi importante poder ter sido também cuidada pelos trabalhadores, e por tantos outros companheiros dessa viagem pesquisar/intervir: cuidei e também fui cuidada e assim aprenderes se abrem

para agradeceres. Agradecida aprendo que a vida é mais bela e ética em devir-cuidado.

A supervisão da equipe é produção de cuidados em distintas direções, o supervisor cuida, a equipe cuida, o supervisor do supervisor cuida. Cascata aberta de cuidados que se rizomam fluindo distintos devires-cuidados.

Em espaço de supervisão (pré-banca com Jorge Bichueti), me deparo com uma sutil observação/questão: “a tese não tem conclusão?”

Objetivamente em pensamento me justifico: aprenderes é a conclusão! Mas a pergunta me perturba e me re-encontro repetindo minha vontade de permanência, de eternidade: dificuldade de partir...

Revisitando o texto-tese, vejo anunciada na apresentação do estudo (escrita há cerca de 6 meses) que faria “conclusões – inconclusas”. Intrigada e perdida miro na estante de livros e de repente me acena Rubem Alves em sua obra: “Livro sem fim” (ALVES, 2002).

Um livro que teimou em não terminar-se encontra com uma tese que não quer concluir-se. Faço nova incursão, abrindo uma fissura no texto-tese que, sem se concluir, estava fechado já para a cartógrafa. Por isso, leitor, cuidado com o degrau que vem aí, ele se abre para uma tentativa de conclusão final.

O texto-tese em hipertexto afetou e foi afetado pela leitura de muitos personagens, por isso, se rompe em rasgadura e se acresce de outros textos.

Uma trabalhadora de saúde escreveu ao ler o texto-tese preliminar o seguinte:

Alguns que vivem, trabalham de forma semelhante ao das solicitantes (se refere a quem solicitou a supervisão), “embarcaram na arca”, sem saber muito bem para onde iam, mas porque confiavam, tinham muita coragem para “sair da caverna”. Outra parte da equipe, que talvez não acredite em MUDANÇA, porque só experienciaram as não-mudanças instituídas pelos donos do saber, resistiu e continua resistindo, das formas mais inventivas.

Mas há os que se dispuseram passar pela experiência inédita de se ver, reconhecer, e “quando o vazio foi parido... no paradoxo da dor, vergonha

e frustração...” nasceu... uma lacuna entre o que havia e poderia haver... E aí não conseguiram mais “ficar”.

Porque quis dizer tudo isso? Porque não acho que vocês trouxeram a “instituição escola”, mas contaram para a “tradicional vila” “as dores e as delícias de se ser como se é” (Fragmento de uma trabalhadora de saúde da Unidade estudada, em Outubro de 2003, acrescido em manuscrito ao “boneco da tese” e autorizado pela mesma a fazer parte do texto final)

Em costura-conexão, retomemos os pressupostos do estudo: o desmonte da referência *equipe totalizadora e restituidora da falta* através do dispositivo-supervisão que movimenta o aprender, a auto-análise, a auto-gestão. A análise/intervenção é dispositivo que se faz num intenso processo de olhar, afastar, ver, não ver, mergulhar, embarcar, resistir...

Fissuras e raspagens das superfícies de registro e controle abrem interstícios entre o que havia e poderá haver, podendo deixar passar um novo inédito. Tempos não cronológicos conspiram territórios que podem fazer passagem de mutações, desterritórios das certezas, interrogares dos instituídos.

A equipe engenhoca-mutante, cavalo e colcha de retalhos requer maquinações, invenções, conexões. As linhas de fuga não cessam de passar e podem capturar-se novamente fazendo a reprodução e a repetição da equipe flexneriana, resistente-dura e sem cintura.

No ato processo de pesquisar/intervir e de construção de “entres”, vale a pena a dor e a beleza de se “saber o que se é” e abrir-se para o “vir-a-ser” para afirmar a vida em permanente nascedouro de desejos e trajetos.

Assim encontro-me com o acaso nascente:

O mar de azul intenso se fundiu com o céu enegrecido.
E eis que se formou uma pastagem para os bois do além...
Famintos eles ruminaram todo o espaço.
O céu ficou de ondas e as nuvens se escorreram até as areias finas do firmamento
Uma escarpa se levantou esculpida entre pedras de mar e céu.
E eis que uma passagem escapou formando a mais perplexa paisagem que o olho humano já degustou.
Assim, o acaso desabrochou, num beijo finito de céu e mar.
(nascimento do acaso, ao acaso!) (Fortuna, 2003)

O céu e o mar nos convidam a dissipar, voltemos ao livro sem fim.
Roubo Rubem ALVES (2002) em sua intenção de prosseguir seu inacabado

livro com esboços de imagens do educador. Subsumo a dor do educador e acrescento o trabalho em saúde para devanear alguns devires de equipe.

Assola-me a perspectiva da reconstituição de imaginários totalizantes e idealizados e não pretendo concluir prescrições para equipes. Lembra-se de Castoriades (1999)?: os imaginários e as repercussões, o imaginário social instituinte? Pois bem, te convido a simplesmente (radicalmente , talvez) devanear comigo.

E o leitor indaga meus pensamentos: mas para que servem os devaneios? Tão somente para fazer fissuras nos instituídos e deixar vazar imaginários que movimentem as equipes e os trabalhadores em agenciamentos rumo a algum inédito. Um a um, balões coloridos suaves e leves cruzam os ares de aprenderes, para “de repente e não mais que de repente”: Plaft!!! Lá vai o primeiro:

a-) A equipe de trabalhadores de saúde como poeta:

Ela compõe-se com palavras e gestos arranjados para liberar as amarras da lida cotidiana e deixar a vida do trabalhador encontrar-se em múltiplas vidas.

Navegadores antigos tinham uma frase gloriosa: “Navegar é preciso; viver não é preciso.” Quero para mim o espírito dessa frase, transformada a forma para casar com o que sou: Viver não é necessário; o que é necessário é criar. Não conto gozar minha vida; nem em gozá-la penso. Só quero torna-la grande, ainda que para isso tenha de ser o meu corpo e minha alma a lenha desse fogo. (PESSOA, 1999, p.5)

A equipe-poeta navega, porque é preciso, é preciso a lida com a vida e com a saúde que não são precisas. A vida é sempre um inédito a anunciar-se, não cabe nos protocolos de “normar” a normalidade.

Consome-se criação no ato de cuidar: vive grande, vive belo, vive intenso criar, criando passagens.

b-) A equipe de trabalhadores de saúde como feiticeira:

Arquiteta a magia de liberar sonhos, desejos e projetos. Seu caldeirão tem gentileza, sutileza, ousadia, prontidão, revisão.

Pretende enfeitiçar para a vida transmutando dores, odores, cisão. Benzedores que abençoam o saber-fazer povo que chega nas vozes das pessoas humildes e que trazem profundas lições.

Feiticeira que se liberta da sedução, dos favores e das favas.

c-) A equipe trabalhadores de saúde como artista:

Representa multidões de devires, é criança, é mulher, é cavalo, se faz vida como nome do ser.

Malabaristas, trapezistas, equilibristas, entretendo e produzindo risos, suspenses e milhares de emoções, a equipe artista “vai aonde o povo está”.

d-) A equipe de trabalhadores de saúde como partejadores da beleza:

Ela auxilia o parto da iniciativa em seus pares e nos usuários, parto do auto-cuidado, da cidadania. Auxiliar aqui é esperar ativamente.

O usuário é capaz de parir-se com autonomia de suas escolhas, pode parir-se sarando, arribando e melhorando. A equipe espera ativa, encoraja, ampara a vida nova em permanente expressão, expulsão e expansão.

A beleza da vida fluindo é um berçário permanente para a equipe partejadora.

e-) A equipe de trabalhadores de saúde como jardineira:

Ela se monta como um canteiro permanente para rizomas que crescem pelo meio. Suas produções fogem do formato da árvore, tronco e raiz. As explicações em sequência linear, unívocas, sua estrutura centro-médico-de- poder-saber, são substratos em decomposição para dar passagem para a equipe engenhoca-mutante.

f-) A equipe de trabalhadores de saúde mestre zen:

A equipe sabe do seu instituído papel assimétrico com relação a quem cuida. Usa desse lugar de “mestre” para agenciar o protagonismo, desacobertando e desmistificando seus saberes, desmontando os lugares de “experts” permitindo os não-saberes.

Traz uma serenidade frente ao desconhecido porque aprendeu ser ela própria uma potente e permanente mutação.

G-) A equipe de trabalhadores de saúde como semeadora de futuros:

Os trabalhadores se engendram potentes para causar fissuras onde a vida vinha interrompida abrindo brechas para as linhas de fuga. O inédito faz o futuro não mais repetição. A diferença pode fluir liberta como numa explosão de libélulas, numa tarde de verão, contentes a voar.

h-) A equipe de saúde como companhia de brincar:

Os trabalhadores deixam suas caras sisudas para permitirem-se brincar. Acrescem de leveza e alegria o ato/processo de cuidar.

Cuidam-se brincando como no devir-criança, se acompanhando da impermanência do “tô de mal”, a raiva passa, os brinquedos podem ser compartilhados, criados, inventados, o lúdico e leve pode se fazer devir-equipe.

i-) A equipe de trabalhadores de saúde como alguém prestes a partir e que está em busca de herdeiros:

Os trabalhadores se sabem passageiros, sua tarefa é fazerem-se desnecessários e por isso na equipe compartilham os saberes, não-saberes e os afetos. O devir-nômade da equipe faz com que a inclusão da diferença prossiga sem paranóia.

Não são donos de nada, e os herdeiros procurados são apenas para se afirmar a passagem permanente: herdeiros de vida, de provisoriedade, de protagonismos, de feitiços, magias, poesias, cantos e encantos.

A equipe se faz prestes a partir, e também a cartógrafa e o leitor estão prestes a se despedir.

Findo aprenderes, aprendendo que a equipe em suas relações é muito mais complexa que aquilo que produzimos como conhecimento. Essa é uma parte, outras múltiplas sequer foram sonhadas: territórios e desterritórios do finito ilimitado.

Aprenderes fecha a tese-texto pretendente a hipertexto tratando do conhecimento: E o que é conhecer? É tornar-se perpetuamente algo? Não! Conhecer é devir-nômade.

Devir é um rizoma, não é uma árvore classificatória e nem genealógica. Devir não é certamente imitar, nem identificar-se; nem regredir-progredir; nem corresponder, instaurar relações correspondentes; nem produzir, produzir uma filiação, produzir por filiação. Devir é um verbo tendo toda sua consistência; ele não se reduz, ele não nos conduz a “parecer”, nem “ser”, nem “equivaler”, nem “produzir” (DELEUZE; GUATTARI, 2002 a, p. 19)

Boff (2002) conta uma parábola, conto-a também: O boneco de sal e o mar:

Era uma vez um boneco de sal. Após peregrinar por terras candentes e áridas, chegou a descobrir o mar que jamais vira e por isso não podia compreender. Perguntou o boneco de sal:

— Quem és tú?

E o mar respondeu:

— Eu sou o mar!

Tornou o boneco de sal:

— Mas que é o mar?

O mar respondeu:

— Sou eu!

— Não entendo - disse o boneco de sal.

— Gostaria muito de compreender-te... Como faço?

O mar respondeu:

— Toca-me!

Então o boneco de sal, timidamente, tocou o mar com a ponta dos pés. Percebeu que aquilo começou a ser compreensível. Mas logo deu-se conta:

— Veja só: desapareceram as pontas do meus pés?!

Que me fizestes, ó mar?

O mar respondeu:

— Tu deste alguma coisa para que pudesse me compreender.

E o boneco de sal começou a entrar lentamente mar adentro, como quem vai fazer o ato mais importante da sua vida. Na medida em que entrava, ia se diluindo.

E nessa mesma medida ia compreendendo mais e mais o que era o mar. O boneco ia repetindo de si para consigo a mesma pergunta: Que é o mar? Até que uma onda o tragou totalmente. E ele pôde ainda dizer no momento de ser diluído pelo mar: "sou eu !". (p. 149)

Prossigamos a parábola por conta própria: e o boneco de sal dissolvido saiu do mar — já não mais estava diluído e trouxe em si o mar diferente do mar e dele próprio, pôde devir-se mar, e o mar pôde devir-se boneco de sal. O boneco continuou vagando nômade: foi para o deserto e viveu o devir-duna-de-areia, foi para as estepes se fez devir-vento, errante se fez devir-abelha, devir-bacalhau, devir-animal...

Assim o boneco se conheceu mar, peixe, estrada, areia, sal...

Trabalhadores se conhecem e constroem equipe fazendo-se devires múltiplos.

Os devires apagam as fronteiras instituídas entre as profissões e os cargos: o agente pode devir-se doutor que pode devir-se povo que pode devir-se enfermeiro que pode devir-se família (círculo devir-tuoso): devir equipe colcha de retalho, corpo-passagem.

E a cartógrafa se deviu: pesquisadora, radical, bicho-grilo, jardineira, poeta, mulher, criança, aprendeu a aprender em devir nômade, desterritorializando-se e se reterritorializando. Se acompanhou do leitor e também se fez devir-leitor, e o leitor se deviu cartógrafo e pesquisador.

Meteoricamente se consumiram no texto leitores e cartógrafos: bonecos de sal em passagem...

Anexos

ANEXO 1

Universidade de São Paulo
Campus de Ribeirão Preto

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
CENTRO DE SAÚDE ESCOLA

Telefone PABX: (016) 633-2331 / 4480 - FAX: (016) 633-2331
Rua , Cuiabá, 601 - CEP 14055-370 - Ribeirão Preto - SP

OF. N.º.370/02/COORD.CEP/CSE-FMRP-USP . 22.08.2002.

Senhora Professora,

Vimos na presente oportunidade comunicar que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 11ª reunião ordinária, realizada em 20 de agosto de 2002, analisou e apreciou o parecer do relator, referente ao Projeto de Pesquisa: **“O Trabalho em equipe na atenção básica em saúde e no programa de saúde da família: a produção de projetos, de alteridade, de discurso, e de equipes”**. Protocolo:0033/02/CEP/CSE-FMRP-USP, que será conduzido por V.Sª. e pela orientanda Cinira Magali Fortuna, foi **APROVADO**.

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 para o momento, despedimo-nos.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Antônio Ribeiro Franco
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Ilma. Sra.
Prof.ª Dr.ª. Silvana Martins Mishima
Departamento de Enfermagem Materno
Infantil e Saúde Pública da EERP-USP

ANEXO 2

Termo de Consentimento Livre e Informado para os grupos e para as entrevistas:

Prezado(a)Sr(a): _____

Endereço: _____

Estamos desenvolvendo a pesquisa **“O trabalho em equipe na atenção básica em saúde e no Programa de Saúde da Família: a produção de projetos, de alteridade, de discursos, e de equipes”**. Este projeto tem como temática o trabalho de equipe no contexto de implantação e implementação do Programa de Saúde da Família, tendo por objetivo central analisar o processo grupal como dispositivo para análise das equipes e para revisão do processo de trabalho.

Assim, gostaríamos de contar com sua participação nos grupos de discussão, nas entrevistas semi-estruturadas e outras atividades que os trabalhadores da Unidade ou as pesquisadoras possam sugerir.

Sua colaboração será muito importante para a realização deste projeto. As informações/ opiniões emitidas por você não causarão nenhum dano, risco ou ônus à sua pessoa e serão tratadas anonimamente no conjunto dos demais respondentes; ainda a qualquer momento da realização da pesquisa, caso não seja de seu interesse a continuidade na participação, haverá possibilidade de retirar este consentimento.

As reuniões grupais e as entrevistas serão gravadas em fitas eletromagnéticas e transcritas, e os trabalhadores não serão identificados, mas realizaremos o conjunto da análise. Todas as fitas serão destruídas após análise dos dados.

Agradecendo sua colaboração nos colocamos à disposição para qualquer informação que você julgar necessária, e aguardamos o mais prontamente possível sua confirmação quanto à participação nesta pesquisa para que possamos agendar os grupos de discussão.

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

Cinira Magali Fortuna

Pós-graduanda junto ao Programa de
Enfermagem em Saúde Pública da Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto – USP
Telefone para contato: (16)
629-2891.
Pesquisadora do projeto

Eu _____, aceito
participar da pesquisa **“O trabalho em equipe na atenção básica em saúde e no Programa de Saúde da Família: a produção de projetos, de alteridade, de discursos, e de equipes”** que será realizada na Unidade de Saúde onde trabalho, em data e horário marcados antecipadamente, e estou ciente de que os grupos e entrevistas terão seus resultados tratados sigilosamente, e caso não queira mais participar da investigação, tenho liberdade de retirar este consentimento.

_____, _____ de _____ de 2003.

Assinatura

ANEXO 3

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)

Referencias Bibliográficas

Referências Bibliográficas:

ADANSON, G. **Fases y mitos en grupo operativo**. Texto extraído de la hoja de presentación y programa entregado a los alumnos de la experiencia acumulativa de marzo, Argentina, 1977. Mimeografado.

ALMEIDA, M.C.P. **O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva**: rede básica de saúde em Ribeirão Preto. 1991. 297f. Tese (Livre-Docência). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 1991.

ALVES, R. **Estórias de quem gosta de ensinar**. São Paulo: Cortez, 1988.

ALVES, R. **Livro sem fim**. São Paulo: Loyola, 2002.

ANDRADE, C. D. **Esquecer para Lembrar**. Rio de Janeiro: Livraria José Olympio, 1980.

ANDRADE, C. D. **Antologia Poética**. Rio de Janeiro: Livraria José Olympio, 1983.

ARAGÃO, J.; DIDO; NEOCI. Vou festejar, samba, São Paulo, 1978, Interprete Beth Carvalho, cd: **De pé no chão**, (ca 3' 09'), Faixa 1.

ARDOINE, J. La intervención: imaginário del cambio o câmbio de lo imaginario? In: GUATTARI, F. (org.), **La Intervencion Institucional**. México: Plaza y Valdes, 1987. p. 13-42.

BADIOU, A. Da vida como nome do ser. In: ALLIEZ, E. **Gilles Deleuze: uma vida filosófica**. São Paulo: Editora 34, 2000.

BAREMBLITT, G. F. Apresentação do movimento institucionalista. In: LANCETTI, A. et al. **SaúdeLoucura1**. São Paulo: Hucitec, 1989. p.109-119.

BAREMBLITT, G. F. **Introdução a teoria e técnica do esquizodrama**. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 199-? 21p. Mimeografado.

BAREMBLITT, G. F. **Compêndio de análise Institucional e outras correntes**: teoria e prática. 2ª ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1994.

BAREMBLITT, G. F. **Introdução à esquizoanálise**. Coleção "Esquizoanálise e Esquizodrama". v.1, Belo Horizonte: Biblioteca do Instituto Felix Guattari, 2003.

BARROS, R. B. **Grupo**: afirmação de um simulacro? 1994. 340f. Tese (Doutorado). São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 1994.

BARROS, R. B. Dispositivos em ação: o grupo. In: SILVA, A. E. et al. **SaúdeLoucura 6**: Subjetividade, questões contemporâneas. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 183-191.

BASAGLIA, F. **A Instituição Negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BAULEO, A. **Notas de psicologia y psiquiatria social**. Argentina: Atuel, 1987.

BAULEO, A. **ContraInstitución y grupos**. Argentina: Atuel, 1989.

BICHUETTI, J. A. **Crisevida** - outras lembranças da loucura. Coleção "Esquizoanálise e Esquizodrama". Belo Horizonte: Biblioteca do Instituto Felix Guattari, 2000.

BICHUETTI, J. A. **PSF e Sociedade Mundial de Controle**: por uma prática transversal de inclusão, cidadania e solidariedade. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade São Paulo, 2003. p.13. Mimeografado.

BLEGER, J. **Psico-higiene e psicologia institucional**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1984.

BLEGER, J. O grupo como Instituição e o grupo na Instituição. In: KAES, R. et al. (orgs.). **A instituição e as instituições**: estudos psicanalíticos. Trad. Joaquim Pereira Neto. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991. Cap.2, p. 41 – 52.

BLEGER, J. **Temas de psicologia**. Entrevistas e grupos. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

BOFF, L. **Crise**: oportunidade de crescimento. Campinas: Verus, 2002. 212p.

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, 1998.

BUARQUE, C.; MPB4 Uma nova história da Musica Popular Brasileira, Abril Cultural 1976, São Paulo, **Roda Viva**, disco sonoro, 33 1/3 rpm, estéreo.,12 pol. Lado B, Faixa 1

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, 1994. Cap.2, p. 29-87.

CAMPOS, G. W. S. Análise crítica das contribuições da saúde coletiva à organização das práticas de Saúde no SUS. In: FLEURY, S. (org) **Saúde e**

Democracia. A luta do CEBES. São Paulo: Lemos, 1997a. p. 113-124.

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, 1997b. Parte 3, p. 229 - 266.

CAMPOS, G. W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos:** a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000. p.236.

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, 2002.

CASTORIADIS, C. **Feito a ser feito.** A encruzilhada do labirinto V. Rio de Janeiro: DP&A, 1999.

COMTE-SPONVILE, A. **Bom dia, Angústia!** São Paulo: Martins Fontes, 2000.

DELEUZE, G. **Conversações.** Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs.** Capitalismo e Esquizofrenia. v. 3. Rio de Janeiro: Editora 34, 1999.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs.**Capitalismo e Esquizofrenia. v.1. Rio de Janeiro: Editora 34, 2000.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs.** Capitalismo e Esquizofrenia. v.4. Rio de Janeiro: Editora 34, 2002 a.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs.** Capitalismo e Esquizofrenia. v. 5. Rio de Janeiro: Editora 34, 2002b.

DELEUZE, G.; PARNET, C. **Diálogos.** São Paulo: Escuta, 1998.

DRUCKER, P. **Sociedade pós capitalista.** 5ª ed. São Paulo: Pioneira, 1993.

ENRIQUEZ, E. O Vínculo Grupal. In: LEVY, et al. **Psicossociologia.** Análise social e intervenção. Petrópolis: Vozes, 1994.

ENSAIO DE ANÁLISE INSTITUCIONAL. **Revista de Cultura Vozes**, v.67, n. 4, Maio 1973. Petrópolis: Vozes, 1973.

FEYERABEND, P. **Contra o método.** Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1985.

MOURA, F.; COELHO, M. Susan Sontag vê a dor. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 24 de agosto de 2003. Caderno Ilustrada.

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. 226f. (Mestrado). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade São Paulo. 1999.

FORTUNA, C. M. **Pretextos, reticências e páratextos**, Ribeirão Preto, 2003, mimeografado.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 11ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

FRANCISCO, A. L. **Instituições e dispositivos institucionais**. Processos de subjetivação e seus efeitos. 2000. 118f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica). São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

FUGANTI, L. A. Saúde, Desejo e Pensamento. In: GUATTARI, F. et al. **SaúdeLoucura2**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 1991. p. 19 – 82.

GIL, G. Procissão. In: **Caetano, Gal, Gil & Bethania**, série documento, 1989, São Paulo, RCA prod., dist. BMG Ariola discos cd, faixa 7, (2min 05 s).

GIL, J. A Infância no devir outro. In: GIL, J. **Diferença e negação na poesia de Fernando Pessoa**. Série Conexões. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000. p.83-96.

GUATTARI, F. **Revolução Molecular**: pulsações do desejo. São Paulo: Brasiliense, 1983.

GUATTARI, F. Linguagem, consciência e sociedade. In: GUATTARI, F. et al. **SaúdeLoucura 2**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 3-17.

GUATTARI, F. **As três ecologias**. Campinas: Papirus, 1995.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica, cartografias do desejo**. 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

GUIMÓN, J. As equipas enquanto grupos. In: GUIMÓN, J. **Introdução as terapias de grupo**. Teorias, técnicas e programas. Lisboa: Climepsi, 2002.

GUIRADO, M. **Psicologia Institucional**. São Paulo: EPU, 1986.

HARDT, M. A sociedade Mundial de controle. In: ALLIEZ., E. (org.). **Gilles Deleuze: uma vida filosófica**. Trad. Ana Lúcia de Oliveira. São Paulo: Editora 34, 2000.

HARPER, B. et al. **Cuidado Escola!** Desigualdade, domesticação e algumas saídas. São Paulo: Brasiliense, 1994.

HOLANDA, C. B. O que será, Chico ao vivo, cd, Paris Zenith, (ca 2'52') Música 1976, cd de 1990, Gravadora Cara Nova, Editora Musical.

KERNBERG, O. **Ideologia, conflito e liderança em grupos e organizações**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

KLINK, A. **Cem dias entre o céu e o mar**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Livraria José Olympio, 1985.

LANCETTI, A. Saúde Mental nas entranhas da metrópole. In: JATENE, A. D. et al. **SaúdeLoucura7: Saúde mental e saúde da família**. São Paulo: Hucitec (200-?). p. 11-52.

LAPASSADE, G. **Grupos, organizações e instituições**. Trad. H. A. A. Mesquita 2ª ed. Rio Janeiro: Francisco Alves, 1983.

LEITÃO, M. B. S. Clínicas e processos de subjetivação. In: RODRIGUES, H. B. C.; LEITÃO, M. B. S.; BARROS, R. D. B. (orgs.) **Grupo e instituições em análise**. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos, 1992.

LÉVY, A. A mudança: esse obscuro objeto do desejo. In: LEVY, A. et al. (org.). **Psicossociologia: análise social e intervenção**. Petrópolis: Vozes, 1994. p.113-124.

LEVY, P. **As tecnologias da inteligência**. O futuro do pensamento na era da informática. São Paulo: Editora 34, 2002.

LEVY, P. **Tecnologias intelectuais e modos de conhecer: nós somos o texto**. Disponível em : <http://empresa.portoweb.com.br/pierrelevy/nossomos.html>. Acesso em: 15 de setembro de 2003.

MARTÍN, E. I. Apuntes para una psicología social de los equipos (de salud mental). In: BAULEO, A. et al. **La concepción operativa de grupo**. Madrid: Asociacion Española de Neuropsiquiatria, 1990. p. 191-221.

MASSI, D. Oito peças de acusação. In: MASSI, D. **O futuro do trabalho**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1999.

MATUMOTO, S. **O acolhimento**: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde. 1988. 225f. (Mestrado). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade São Paulo, 1998.

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

MELO, C. R. Há devir, há de vir ou Advir da criação no processo terapêutico. In: BAREMBLITT, G. et al. **SaúdeLoucura 5: A clínica como ela é**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 139–149.

MENDES, E. V. **Distrito Sanitário: o processo social de mudanças nas práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 2ª. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L. C. O. (org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. Cap.3, p. 117-160.

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. Parte 1, p. 71-112.

MERHY, E. 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. Parte 2, p. 113-150.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. O.; NOGUEIRA FILHO, R. C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. CEBES. **Saúde em Debate**, n. 33, p. 83-89, 1991.

MISHIMA, S. M. **Constituição do gerenciamento local na rede básica de saúde de Ribeirão Preto**. 1995. 355f. Tese (Doutorado). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade São Paulo, 1995.

MISHIMA, S. M. et al. A Classificação internacional da prática de enfermagem em saúde coletiva no Brasil - Cipesc / ICN / Aben - Apresentando o cenário de pesquisa. In: CHIANCA, T. C. M.; ANTUNES, M. J. M. (orgs.). **A Classificação Internacional das práticas de enfermagem em Saúde Coletiva**: Cipesc. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 1999. p. 204-244.

MONTE, M. Candeia. **Preciso me encontrar, samba**, álbum M.M, Rio de Janeiro: gravadora EMI, Setembro de 1988, CD (ca 3'42 min.). faixa 5.

MONTE, M, ANTUNES, A.; BROWN, C. Carnavália. **Tribalistas**, 200?, Manaus: EMI, CD (ca 40 min.). Faixa 1.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez, 2001.

NEVES, C. E. A. B. Sociedade de controle, o neoliberalismo e os efeitos de subjetivação In: SILVA, A. E. et al. **SaúdeLoucura 6**: Subjetividade, questões contemporâneas. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 84 – 91.

ORLANDI, E. **As formas do silêncio**. Campinas: Unicamp, 1997.

PAIM, J. S; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PASSETTI, E. Anarquismo e sociedade de controle. In: RAGO, M.; ORLANDI, L. B. L.; VEIGA-NETO, A. (orgs.). **Imagens de Foucault e Deleuze**: ressonâncias nietzschianas. Rio de Janeiro: D&PA, 2002. p. 123-138.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde**: a Interface entre trabalho e Interação. 1998. 254 f. Tese (Doutorado). Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1998.

PESSOA, F. **Poesias**, seleção de Suely Barros Cassal. Porto Alegre: L&PM, 1999.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1982.

PITTA, A. M. F. A equação humana no cuidado à doença: o doente, seu cuidador e as organizações de saúde. **Saúde e Sociedade**, v.5, n.2, p. 35-60, 1996.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Relação das unidades** Disponível em:
<http://www.coderp.com.br/ssauade/i16principal.asp?pagina=/ssauade/rede/i16apresentacao.htm>. Acesso em: 15.set.2003.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Programas**. Disponível em:
<http://www.coderp.com.br/Ssauade/i16principal.asp?pagina=/ssauade/programas/Floresce/i16Indice.htm>. Acesso em: 15.set.2003.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental da América**. Produção do desejo na era da cultura industrial. 1987. 188f. Tese (Doutorado em Psicologia Social). 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. Psicologia: subjetividade, ética e cultura. In: SILVA, A. E. et al.

SaúdeLoucura 6: Subjetividade, questões contemporâneas. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 13 – 21.

SÁ, M. C. Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde. O sujeito e a subjetividade na práxis da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v 6, n.1, p.151-164, 2001.

SABIÁ. **Poemas**. Ribeirão Preto, 1985. Mimeografado.

SANT'ANNA, D. B. **Corpos de passagem** - Ensaio sobre a subjetividade contemporânea. São Paulo: Estação Liberdade, 2001.

SANTOS, M. **Território e Sociedade**. Entrevista com Milton Santos. Entrevistadores: SEABRA, O.; CARVALHO, M.; LEITE, J. C. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2000.

SCHERER, E. A.; CAMPOS, M. A. O trabalho de equipe interdisciplinar em saúde mental: uma revisão da literatura. **Estudos Em Saúde Mental**, p. 264-285, 1987.

SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES GONÇALVES, R. B. (orgs.). **Saúde do adulto:** programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, 1996.

SILVA JÚNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde:** o debate no campo da Saúde Coletiva. São Paulo: HUCITEC, 1998.

SOSA, M.; GUARANY, H. Si se calla el cantor, A arte de Mercedes Sosa, Fontana especial, Phonogran, Manaus, 1977, disco sonoro, 33 1/3 rpm, estéreo., 12 pol. Lado B, Faixa 6.

TEIXEIRA, C. F; MELO, C. **Construindo distritos sanitários:** a experiência da cooperação italiana no município de São Paulo. São Paulo: Hucitec, 1995.

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.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica da programação:** O caso da saúde. Trad. Ângela Maria Tijiwa. São Paulo: Atlas, 1995.