UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

JULIANA REALE CAÇAPAVA

**O ACOLHIMENTO E A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE
MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA CARTOGRAFIA DO
TRABALHO EM EQUIPE**

SÃO PAULO
2008

JULIANA REALE CAÇAPAVA

O ACOLHIMENTO E A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE
MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA CARTOGRAFIA DO
TRABALHO EM EQUIPE

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.

Área de concentração:

Enfermagem Psiquiátrica

Orientadora:

Prof^a. Dr^a. Luciana de Almeida
Colvero

SÃO PAULO
2008

LOMBADA

JULIANA REALE CAÇAPAVA	A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA CARTOGRAFIA DO TRABALHO EM EQUIPE À LUZ DO ACOLHIMENTO	MESTRADO EEUSP 2008

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Caçapava, Juliana Reale.

O acolhimento e a produção do cuidado em saúde mental na Atenção Básica: uma cartografia do trabalho em equipe. / Juliana Reale Caçapava. – São Paulo, 2008.

173 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profª Drª Luciana de Almeida Colvero.

1. Serviços de saúde mental 2. Atenção à saúde 3. Profissionais da saúde (processos) 4. Relações profissional-paciente. I. Título.

Nome: Juliana Reale Caçapava

Título: O acolhimento e a produção do cuidado em saúde mental na
Atenção Básica: uma cartografia do trabalho em equipe

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Dedicatória

Dedico este trabalho:

Aos meus pais, Neto e Maria Clara, por quem sou infinitamente amada e com quem aprendi a amar, olhando o mundo, gigante, com as lentes do simples e da poesia, reconhecendo em ser sensível a fortaleza de mergulhar, existir, doar, receber, compartilhar. Obrigada por apoiarem as minhas escolhas, por apostarem nos meus sonhos e por iluminarem cada trilha da minha vida.

Aos meus irmãos, Camila e Vinícius, laços de mim que me unem firmemente ao que sou e ao que serei; protagonistas das minhas melhores memórias e das que estão por vir.

Ao meu amor Ricardo. Em você, encontro a paz de pousar minha alegria, a verdade em construir meus sentidos, a maturidade dos meus crescimentos, a dedicação dos meus mais delicados planos...

À pequena Luma, linda...

Aos meus avós, Olavo e Benedicta, por me ensinarem que amor e cuidado têm o mesmo sentido e são, na vida, toda a diferença...

Aos meus avós, Geraldo e Branca (in memoriam): assim como falava a canção, “guardados debaixo de sete chaves, dentro do coração”...

Agradecimentos

Primeiramente a Deus, pela oportunidade de crescer dentro de um lar de muito amor e de querer sempre (e tanto) aprender com a vida, compreendendo a importância da espiritualidade em todas as coisas.

Aos meus tios Olavo e Rita, Renata e Gina, por tanto amor.

À Elisa, minha amada cunhada, amiga, irmã, pelo fundamental apoio durante a realização do projeto.

Aos meus sogros, Nilson e Ana. Amo vocês!

À minha orientadora Luciana de Almeida Colvero, pelos anos de parceria, respeito, confiança, cumplicidade e amizade.

À Ana Lúcia Machado e Ricardo Rodrigues Teixeira, pelas valiosas contribuições no Exame de Qualificação, que me renderam novas e ricas possibilidades de encontro com o meu projeto, e conseqüentemente, a novos mergulhos em mim...

À Amanda, pela preciosa ajuda no projeto.

Aos amigos do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica, Betânia, Heliana, Lívia, Marcello, Patrícia, pela acolhida e amizade.

Aos docentes da Escola de Enfermagem da USP: Ana Lúcia Machado, Ana Luísa Aranha e Silva, Divane de Vargas, Luciana de Almeida Colvero, Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira e Sônia Barros, por tantos ensinamentos, desde a graduação, e pela contribuição na concretização deste projeto.

Aos amigos da UBS Manoel Joaquim Pêra, com os quais vimos tecendo redes para múltiplas possibilidades de idéias e agenciamentos no trabalho em Saúde Mental...

Aos amigos da UBS Vila Progresso, pelo carinho, pela disponibilidade e pelo essencial apoio à pesquisadora e à pesquisa. Parabéns pela alegria, resistência, criatividade e, sobretudo, pela coragem!

Ao CAPS Perdizes, espaço produtor de vidas e sentidos no qual floresceu a minha paixão pela Saúde Mental. E, no contexto do serviço, especialmente ao Sr. José, inesquecível amigo, que me marcou para sempre.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo pela concessão da Bolsa de Mestrado e pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

EPÍGRAFE

*Moro na possibilidade
Casa mais bela que a prosa,
Com muito mais janelas
E bem melhor, pelas portas*

*De aposentos inacessíveis
Como são, para o olhar, os cedros,
E tendo por forro perene
Os telhados do céu*

*Visitantes, só os melhores;
Por ocupação, só isto:
Abrir amplamente minhas mãos estreitas
Para agarrar o paraíso.
(Emily Dickinson)*

*Minha mãe achava estudo
a coisa mais fina do mundo.*

Não é.

A coisa mais fina do mundo é o sentimento.

Aquele dia de noite, o pai fazendo serão,

ela falou comigo:

"Coitado, até essa hora no serviço pesado".

Arrumou pão e café, deixou tacho no fogo com água quente,

Não me falou em amor.

Essa palavra de luxo.

(Adélia Prado)

Caçapava JR. O acolhimento e a produção do cuidado em saúde mental na Atenção Básica: uma cartografia do trabalho em equipe [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

RESUMO

Fazem parte do campo da Atenção Básica à Saúde diversos elementos que compõem a vida das pessoas e que podem produzir ou agravar o sofrimento mental, demandando um cuidado que considere o modo como são produzidas as condições de existência do sujeito, estratégia que depende da rede de relações estabelecidas entre os trabalhadores do serviço porque as novas práticas em saúde, com vistas à integralidade da atenção, exigem uma interação entre diferentes saberes e fazeres. O objetivo desta pesquisa foi caracterizar a produção do cuidado em saúde mental de uma Unidade Básica de Saúde, tomando como analisador do trabalho em equipe o acolhimento, mediante sua potência em resgatar a humanização das relações e o espaço do trabalho como um lugar de sujeitos. Trata-se de um estudo de caso exploratório e descritivo, do qual participaram trabalhadores de saúde, de diferentes profissões, que fazem parte dos processos de trabalho em saúde mental do serviço. As técnicas de coleta de dados empregadas foram o grupo focal e o fluxograma analisador; os dados obtidos foram submetidos à análise de conteúdo do tipo temática, gerando quatro categorias empíricas:

1) O mapa afetivo dos primeiros agenciamentos: o conflito como motor de mudanças – a construção de uma equipe de saúde mental no serviço, através de uma sinergia transformadora da concepção do cuidado, disparando ações conjuntas que abriram os fluxos conectivos entre os profissionais, a partir da releitura de sua própria práxis e do enfrentamento dos conflitos; **2) O acolhimento como um analisador da organização do trabalho em equipe** - o fluxograma revelando que as redes de conversa entre os diversos trabalhadores, no serviço, multiplicaram as possibilidades de trocas entre eles, além de proliferarem redes afetivas destes com os usuários e dos usuários entre si; **3) Trabalho em equipe e acolhimento: as (inter) faces singular e coletiva do trabalho** – as facilidades e dificuldades dos trabalhadores em relação ao acolhimento em saúde mental, destacando como a principal facilidade o trabalho em equipe e como a principal dificuldade, a falta de “engajamento” dos demais trabalhadores do serviço no cuidado a usuário com sofrimento psíquico; **4) Reconhecendo a experiência cotidiana do trabalho como um movimento de invenção e reinvenção** - o reconhecimento dos trabalhadores como operários na “Obra” que produz o cuidado, através da busca pelo prazer e alívio produtivo, do “ousar criar” no trabalho cotidiano. Concluindo, o acolhimento mostrou-se como um organizador dos processos de trabalho em saúde mental do serviço e como um dispositivo de conversa que promove redes de sustentação do trabalho afetivo em equipe, sendo sua construção um desafio coletivo dos trabalhadores.

PALAVRAS-CHAVE: Acolhimento. Saúde mental. Equipe de cuidados de saúde. Atenção primária à saúde.

Caçapava JR. [thesis]. The user embracement and the mental health production in Primary Health Care: a patient health team's cartography. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

ABSTRACT

Belong to the Primary Health Care field several elements that compose people's life and may produce or increase the mental suffering. These elements demand a care that considers the way the subject's conditions of existence are produced, strategy which depends on the net working established among the health workers, provided that the new health practices, based on a comprehensive health care, require an interaction among different knowledge and doings. The purpose of this research was to characterize the production of mental health care in a primary health care unity, having the embracement as an instrument to analyze the team work, according to its potential in rescuing the humanization in relationships, and the work environment as a subjects' place. This study consists in a descriptive exploratory case study whose participants are health workers from different professions, who belong to the service's mental health working processes. The data collection techniques used were the focal group and the analytic flowchart; the data raised were submitted to further content analysis, thematic modality, allowing the construction of four empirical categories: **1) The affective map of first's assemblages: the conflict as motor of changes** - the construction of a mental health team work in the service, through a synergic proposal to change the care conception, advancing joint activities which have opened the connective flows among the professionals, by means of their own praxis reorientation and the conflicts' facing; **2) The user embracement as an analyzer of team work's organization** - the flowchart revealing that the services' net of conversations have multiplied the exchanges possibilities among the workers, apart from proliferating affective nets between them and the health unity's users and the health unity's users among themselves; **3) Patient health team and user embracement: the singular and collective work's (inter) faces** - the workers' ease and difficulties related to the mental health user embracement, focusing on the team work as the main ease and as the main difficulty the lack of the "engagement" of health workers who are not part of the mental health care team; **4) Recognizing the daily work's experience as an *invention* and *reinvention* movement** - the workers' recognition as workmen in benefit of the care, through the search of pleasure and productive relief, created in the daily work basis. Concluding, the user embracement showed itself as an organizer of mental health work processes, and as a conversation device who promotes sustain nets of affective teamwork, whose construction is a worker's collective challenge.

KEYWORDS: User embracement. Mental health. Patient care team. Primary health care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1-	Distribuição do número e porcentagem da população residente por grupos de idade, na área de abrangência da UBS estudada	44
Figura 1-	Fluxograma analisador dos processos de trabalho em saúde mental na UBS	88
Figura 2-	Fluxograma analisador dos processos em trabalho em saúde mental na UBS	89
Quadro 1-	O <u>trabalho em equipe</u> , segundo a fala dos trabalhadores da UBS estudada	114
Quadro 2-	As dificuldades para a produção do cuidado em saúde mental através do trabalho em equipe, segundo a fala dos profissionais da UBS estudada	116

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	17
1 INTRODUÇÃO.....	21
1.1 O <i>trabalho vivo</i> como possibilidade de reinvenção cotidiana, tecendo redes de acolhimento.....	24
1.2 Atenção Básica à Saúde, SUS e Reforma Psiquiátrica: “floresceres”.....	34
1.2.1 Encontros e confrontos: potencialidades e desafios do cuidado em saúde mental no SUS	38
1.3 O acolhimento e a produção de subjetividades.....	43
1.2.2 O acolhimento conecta multiplicidades e singularidades, produzindo realidades alternativas e transformadoras.....	46
2 OBJETIVOS.....	48
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	49
3.1 Tipo de pesquisa.....	49
3.2 Coleta de dados.....	51
3.2.1 Grupo focal.....	52
3.2.2 Fluxograma analisador.....	54
3.3 Local de Estudo.....	56
3.3.1 Contextualizando o cenário do estudo: potencialidades do cuidado como ponto de partida.....	56
3.3.2 Caracterização do território.....	59
3.3.3 Caracterização do serviço.....	61

3.4 População do estudo.....	62
3.5 Aspectos éticos.....	63
4 CONSTRUÇÃO DA ANÁLISE DE DADOS.....	64
4.1 Relato de uma experiência: o grupo focal e a construção do fluxograma com os trabalhadores.....	66
4.1.1 A operacionalização do grupo focal.....	66
4.1.2 O conteúdo dos encontros: entendendo a potencialidade dos grupos focais.....	68
5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	73
5.1 Caracterização dos participantes da pesquisa: quem são, e como experimentam seu trabalho no cotidiano do serviço	73
5.2 Categorias da análise temática.....	74
5.2.1 O mapa afetivo dos primeiros agenciamentos: o conflito como motor de mudanças.....	74
5.2.1.1 A cartografia de Margarida: “no meio do caminho tinha uma pedra”	84
5.2.1.2 O “problema” do acolhimento: como acolher a quem acolhe?.....	92
5.2.2 O acolhimento como um analisador do trabalho em equipe.....	97
5.2.2.2 Descrição do fluxograma.....	99
5.2.2.3 Discussão do fluxograma.....	106

5.2.3 Trabalho em equipe e acolhimento: as (inter) faces singular e coletiva do trabalho.....	122
5.2.4 Reconhecendo a experiência cotidiana do trabalho como um movimento de invenção e reinvenção, em busca de um devir transformador.....	133
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	146
REFERÊNCIAS.....	150
ANEXOS.....	165

APRESENTAÇÃO

O real não está na saída e nem na chegada. Ele se dispõe para a gente é no meio da travessia (João Guimarães Rosa)

Para apresentar esta dissertação, farei ao longo deste capítulo uma breve trajetória das razões que me levaram à escolha profissional pelo campo da saúde mental, em sua interface com a saúde coletiva, percurso que culminará com a concepção do projeto que originou este estudo.

Durante meu estágio em saúde coletiva, no curso de graduação em Enfermagem, tive a oportunidade de acompanhar, com uma equipe de saúde da família pertencente à uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de um dado território, algumas histórias de pessoas acometidas por transtorno mental e que haviam passado por episódios de internação em hospital psiquiátrico. Estes encontros me marcaram pela intensidade dos relatos escutados, carregados de memórias e angústias, e, através desta experiência construída na relação com o sujeito a ser cuidado, percebi depois de certo tempo que havia descoberto alguns sentidos para a minha própria existência, os quais me dispuseram um caminho profissional a trilhar.

Desta forma, passei a refletir de forma crítica sobre o cuidado em saúde mental – será que a forma violenta como essas pessoas foram assistidas no hospital psiquiátrico poderia ser chamada de cuidado? – e sobre as dificuldades dos serviços da Atenção Básica à Saúde, àquela época, para atender a grande demanda de usuários em sofrimento psíquico, e também aqueles acometidos por transtornos mentais severos e persistentes, que de alguma forma até lá chegavam.

Assim, por meio destas reflexões críticas sobre o mundo da saúde e a produção do cuidado, começa o meu “desassossego” como parte do processo de aprendizagem, o qual só vem a crescer quando chego ao bloco teórico-prático de saúde mental, já que novas angústias e questões somam-se às “velhas”.

E foi com a experiência do estágio em saúde mental, no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)¹, que passei a compreender melhor o grande desafio da

¹ A Portaria nº. 189, de 19/11/1991, trouxe a possibilidade da implantação de serviços substitutivos ao modelo hegemônico dos hospitais psiquiátricos, aprovando os procedimentos dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Já a Portaria nº. 224, de 29/01/1992, definiu normas e regulamentou o

configuração de uma rede de cuidados em saúde mental, e a articulação ainda frágil deste serviço com os demais equipamentos do território, no sentido de promover/fortalecer a rede social do usuário - a qual fora, em algum momento de suas vidas, enfraquecida, “desgarrada”.

Assim, por dividir minhas paixões entre a saúde mental e a saúde coletiva, buscando um diálogo entre elas através da relação entre a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica – esta inserida no amplo Movimento Sanitário, que se desenvolveu no contexto histórico do processo de redemocratização do país (Yasui, 1999) - as “novas” questões as quais me referi enveredaram para as tentativas de conhecer a produção do cuidado em saúde mental na Atenção Básica.

Diante destes acontecimentos, como aluna bolsista de Iniciação Científica, participei de um projeto de pesquisa denominado “Reconhecendo o atendimento de saúde mental no território*”, que buscou caracterizar o atendimento de saúde mental dos serviços da rede de atenção básica de um dado território, pertencente à região norte do município de São Paulo, e sua articulação com os demais serviços de saúde que compunham a rede de atenção à saúde mental.

Com o referido estudo, buscamos conhecer como as UBS, na tentativa desta articulação, organizavam seu trabalho para assistirem os usuários com necessidades no campo da saúde mental. Consideramos, neste percurso, a importância da rede de determinações sociais que expõe a população de um dado território aos potenciais de fortalecimento e desgaste à saúde (Queiroz, Salum, 1996), sendo que estes últimos concorrem para a produção do sofrimento psíquico, exigindo dos serviços uma intervenção que não seja apenas “medicalizante” e nem restrita aos seus muros, e sim integrada com a comunidade e com os demais dispositivos assistenciais em saúde mental que fazem parte da rede de atenção (Pitta, 2001).

De fato, os resultados encontrados neste território estudado nos permitiram identificar uma grande demanda de saúde mental da população, atribuída pelos sujeitos

funcionamento do atendimento ambulatorial de todos os serviços de saúde mental, como Centros de Saúde, Unidades Básicas e Centros de Atenção Psicossocial. E, quase dez anos depois, em 19/02/02, a Portaria GM 336 veio acrescentar novos parâmetros àqueles definidos na Portaria 224 em relação à área ambulatorial, ampliando a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária e criando, também, mecanismo de financiamento próprio para a rede de CAPS, para além dos tetos financeiros municipais (Brasil, 2004a).

* Este projeto foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa de São Paulo (FAPESP), de dezembro de 2005 a janeiro de 2006.

de pesquisa entrevistados à forte exclusão social da região, marcada, sobretudo, pelo desemprego e pela violência.

Entretanto, apesar de identificarmos que os trabalhadores das Unidades Básicas reconheciam os fatores sociais como determinantes do processo saúde-doença da população adstrita, observamos que a *finalidade* do cuidado realizado era a “compensação” do usuário com transtorno mental, porque visava à remissão dos sintomas considerados “anormais”, ou seja, uma redução do sujeito à manifestação da sua própria doença; sendo assim, constatamos que o *objeto do trabalho* era a doença mental, e, a partir deste objeto, o *meio* ou *instrumento de trabalho* mais valorizado para a intervenção junto às pessoas com necessidades no campo da saúde mental era o estabelecimento de diagnósticos e a prescrição de medicamentos.

Portanto, nossa reflexão construiu-se partindo da incoerência entre os resultados encontrados e a base teórica que nos sustenta no tocante à reorientação do modelo de atenção à saúde mental, porque nos posicionamos ao lado de pressupostos que confirmam a concepção de saúde como processo, e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e de promoção da saúde mental através de um projeto de intervenção que procura englobar as dimensões que se situam no âmbito dos determinantes, das raízes dos problemas de saúde do usuário do serviço, tomando também sua rede social como objeto de trabalho (Aranha e Silva, 2005; Campos, Soares, 2003).

Para Paim (1999), *modelo de atenção à saúde* é a forma de organização das relações entre sujeitos (trabalhadores de saúde e usuários) mediadas por combinações tecnológicas (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é a intervenção sobre problemas (danos e riscos) que compõem o perfil epidemiológico de uma dada população e expressam necessidades sociais de saúde historicamente definidas.

Neste sentido, entendemos que a organização do trabalho deve ser o principal instrumento de geração de produtos de saúde, a partir do qual os trabalhadores possam experimentar novas tecnologias, testá-las e produzi-las, dispensá-las ou recuperá-las (Aranha e Silva, 2005).

Assim, o estudo anterior nos possibilitou novas interrogações acerca da produção do cuidado em saúde mental na Atenção Básica a partir da constatação de que a organização do trabalho, neste espaço, configurava-se face ao modelo de atenção curativo e medicalizante, desde o acolhimento na unidade até o percurso fragmentado

que o usuário segue dentro da rede de atenção à saúde do território; isto é, através da “lógica de encaminhamento”, na qual os trabalhadores vão encadeando suas ações entre instâncias burocráticas e hierarquizadas para desenvolverem o projeto terapêutico do usuário e lidarem com os impasses que dele provêm, culminando com uma diluição da responsabilidade sobre os casos - ao invés de uma busca conjunta de soluções e do compartilhamento de decisões e tarefas (Campos, Domiti, 2007).

Portanto, *reconhecendo o atendimento em saúde mental* de um território mediante as percepções e sentidos de seus trabalhadores, percebemos - mesmo sem nos aprofundarmos nesta questão - que as diferentes concepções sobre o cuidado e o sentido do trabalho em equipe são fundamentais para se definir a organização dos processos de trabalho nos serviços (Fortuna, 1999), porque direcionadores, e também mediadores, dos modos como as ações em saúde mental se desenvolvem.

Assim, é deste ponto de partida que o desenho do projeto de Mestrado vai traçando suas primeiras linhas, porque as muitas perguntas que foram surgindo começaram a percorrer um trajeto, o qual pedia respostas que só seriam encontradas se de fato mergulhássemos na produção do cuidado em saúde mental de um serviço, para que pudéssemos nos aprofundar na compreensão de sua **micropolítica**, entendida “[...] como o agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e no cenário em que eles se encontram” (Franco, 2006, p. 1).

1 INTRODUÇÃO

*O Olho é uma espécie de globo,
é um pequeno planeta
com pinturas do lado de fora.
Muitas pinturas:
azuis, verdes, amarelas.
(Cecília Meireles)*

A reflexão crítica que emergiu a partir dos resultados do estudo anterior nos lançou, então, em direção à defesa do pressuposto das ações integrais em saúde como fundamental para a organização de diferentes modalidades de cuidado ao usuário em sofrimento psíquico. Isso se considerarmos, então, aquelas que enfatizam o modo como se produzem as condições de existência do sujeito - e não apenas reproduzem um atendimento pontual a uma determinada “fatia” desse sofrimento psíquico vivenciado – o que permite que o usuário encontre no sistema de saúde as respostas que busca para alcançar seus nexos com a realidade em que está inserido (Lopes, 1999).

A integralidade, portanto, é definida por Mattos (2004, p. 1414) como:

“[...] a apreensão ampliada das necessidades e a habilidade de reconhecer a adequação da oferta ao contexto específico da situação no qual se dá o encontro do sujeito com a equipe de saúde; e defender a integralidade nas práticas é defender que a oferta de ações de saúde deva estar sintonizada com o contexto específico de cada encontro”.

Acerca desta discussão, Cecílio (2001) nos traz que a integralidade do cuidado precisa ser trabalhada em dimensões diferentes para ser alcançada da forma mais completa possível. Sendo assim, nos traz as noções de integralidade focalizada e integralidade ampliada.

A integralidade ampliada diz respeito à articulação de cada serviço de saúde a uma rede mais complexa, composta por outros serviços de saúde e outras instituições não necessariamente do setor “saúde”; ou seja, a integralidade pensada no “macro” (Cecílio, 2001).

No tocante à produção do cuidado em saúde mental na Atenção Básica, esta dimensão é muito importante, fundamentalmente, sob dois aspectos: 1) a articulação

entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os demais serviços da rede de atenção à saúde mental, na perspectiva das diferentes tecnologias de cuidado integrando-se para atender às necessidades de saúde do portador de transtorno mental; 2) a articulação entre as UBS e os demais recursos territoriais que potencializem o cuidado em direção à autonomia e ao resgate do lugar social do usuário - recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte etc.), econômicos (dinheiro, previdência etc.), culturais, religiosos e de lazer (Pitta, 2001).

Com isto, a integralidade da atenção é pensada em rede, segundo Cecílio (2001), através da compreensão de que ela nunca se dá em um lugar só, porque as várias tecnologias em saúde, para melhorar e prolongar a vida, estão distribuídas em uma ampla gama de serviços, sendo tarefa para ações intersetoriais.

Já a integralidade focalizada é definida por Cecílio (2001, p. 115) como o “fruto do esforço e da confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde”. Fortuna (1999) nos traz que, nesta rede de relações conformada entre os trabalhadores de saúde num dado serviço, constrói-se a prática em saúde ao mesmo tempo em que estes trabalhadores são construídos por estas práticas e relações.

Desta forma, em relação à produção do cuidado em saúde mental, não basta que os meios de trabalho incluam recursos multiprofissionais se os profissionais não se encontram para conversarem sobre a atividade comum, se apenas o prontuário é considerado o elo de comunicação com os profissionais da equipe, porque, neste caso, “a determinação fundamental dos problemas, na prática, continua sendo biológica, e se permanece esperando que a eficácia do tratamento venha da química” (Costa-Rosa, 2000, p. 153).

Neste sentido, podemos depreender, recorrendo a Cecílio e Merhy (2007, p. 200), que “a maior ou menor integralidade da atenção resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores [...]”.

Leonardis, Mauri e Rotelli (2001) destacam a potencialidade dos trabalhadores de saúde mental para transformarem os modos nos quais as pessoas são tratadas, na medida em que a terapia seja entendida não como a perseguição da cura, mas como um conjunto complexo de estratégias, do cotidiano dos serviços, que enfrentem o problema através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento.

Sendo assim, ao lado de Cunha (2004), acreditamos que a valorização do diagnóstico não seja uma atividade eficiente e nem a mais complexa na Atenção Básica, por ela se constituir como um campo do qual fazem parte diversos elementos que compõem o viver e que podem produzir ou agravar uma doença, assim como a doença pode afetar emocionalmente o sujeito doente e seu tratamento. Deste modo, rótulos diagnósticos tais como ansiedade e depressão, não transmitem, segundo Fortes et al. (2007), a complexidade dos determinantes do sofrimento psíquico na atenção primária, relacionados aos problemas emocionais, *stress* sócio-econômicos, questões de família, etc.

Teixeira (2006, p. 592) nos traz que a Atenção Básica:

“[...] possui inevitavelmente a vocação de ‘porta de entrada’ não apenas para a rede de serviços de saúde, mas para uma multiplicidade de outras demandas sociais, que acabam por se traduzir em demandas de saúde ou simplesmente aí se apresentam pela ausência de outros espaços sociais de expressão”.

Esta perspectiva do autor, portanto, disparou-nos a reflexão sobre as interfaces entre a saúde mental e a saúde coletiva, especialmente quando nos direcionamos a premissas que definem **os objetos específicos dos processos de trabalho** destes campos do saber:

- **Objeto da Saúde Coletiva:** “o coletivo que pressupõe direitos, situação histórica, comprometimento de condições de vida” (Mishima, 1997, p. 251);
- **Objeto da Saúde Mental:** “a existência-sofrimento” da pessoa, como uma expressão do sujeito dentro de uma dada organização social (Nicácio, 2001).

Com isto, acreditamos que esses objetos articulem a “materialidade” do espaço institucional de um serviço da rede de Atenção Básica à “potencialidade dos recursos subjetivos”, compreendida por nós nas relações entre os trabalhadores de saúde e destes com os usuários. Desta forma, no tocante às ações em saúde mental, esta articulação marcaria o trajeto rumo aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, através da re colocação do problema da loucura, reconstruindo os saberes e práticas dos trabalhadores de modo a estabelecer novas relações com o sujeito portador de transtorno mental (Leonardis, Mauri, Rotelli, 2001; Amarante, 2003).

Por conseguinte, no presente estudo decidimos continuar nossa trajetória de mapear o cuidado em saúde mental na Atenção Básica, mas desta vez sob o recorte de um serviço de saúde e seus espaços de trabalho e relações, guiados pelos diversos interesses – de trabalhadores e usuários - que organizam as práticas e ações que o compõe (Brasil, 2005).

1.1 O *TRABALHO VIVO* COMO POSSIBILIDADE DE REINVENÇÃO COTIDIANA, TECENDO REDES DE ACOLHIMENTO

A vida só é possível reinventada
(Cecília Meireles)

Merhy (1997a, p. 99) chama de *trabalho vivo* o trabalho que vai sendo construído *em ato*, operando permanentemente em processo e em relações; uma fonte de reinvenção, permitindo que a criatividade e o desejo do trabalhador possam ser expressos, possibilitando a construção de linhas de fuga ao *trabalho morto*, que está “cristalizado nos meios de produção e no processo já institucionalizado do modo de trabalhar, conforme determinados saberes e interesses”.

Pensamos que, neste momento, seja importante realizarmos uma digressão que nos remonte a conceitos essenciais dos institucionalistas, pois eles estarão presentes nesta dissertação. Assim, no rastro de Baremblytt (1992), trazemos as duas vertentes que, segundo o autor, são aquelas que se distinguem em uma instituição: uma é a vertente do instituinte, que por analogia, iremos relacionar ao *trabalho vivo em ato*, de Merhy (1997a); a outra é a vertente do instituído, nesta mesma analogia, o *trabalho morto*.

Isto porque, segundo Baremblytt (1992, p. 32-33), o instituinte, as “forças instituintes”, são os momentos em que forças tendem a transformar as instituições, ou também tendem a fundá-las quando ainda não existem. O instituído, por sua vez, é o resultado do momento inicial do processo constante de produção, de criação de

instituições; portanto, é o efeito do instituinte. Ou seja, o “instituinte transmite uma característica dinâmica; o instituído transmite uma característica estática”.

No entanto, este autor evidencia a necessidade de se evitar uma leitura maniqueísta, que guarda a premissa de que o instituinte é bom e o instituído é ruim, porque, na realidade:

“[...] o instituinte careceria completamente de sentido se não se plasmasse, se não se materializasse nos instituídos. Por outro lado, os instituídos não seriam úteis, não seriam funcionais se não estivessem permanentemente abertos à potência instituinte” (Baremblyt, 1992, p.33).

Nesta perspectiva, Merhy (1997a, p. 100) nos traz que no interior do processo de trabalho, embora o trabalho vivo em ato não possa “libertar-se plenamente do trabalho morto”, tem condições de aprender a interrogá-lo, duvidar de seu sentido e se abrir para os ruídos/analísadores presentes no seu cotidiano, abrindo fissuras e possíveis linhas de fuga no processo de trabalho instituído, pois este está sempre aberto à presença do trabalho vivo em ato, que o “atravessa” com suas diferentes lógicas, expondo-o a possibilidades de “quebras” em sua operação cotidiana.

Para o autor, essas fissuras se abrem, nos processos instituídos, quando a lógica estruturada da produção, bem como o seu sentido, “são postos em xeque, incluindo a própria maneira como está sendo gerida pelos trabalhos vivos precedentes que se cristalizaram, aliás, na potência do trabalhador” (Merhy, 1997a, p. 100).

Assim, segundo Campos (1997, p. 235), na saúde faz-se necessário tornar a reinvenção uma possibilidade cotidiana, garantindo a participação da maioria nesses processos, pois estas seriam maneiras de “implicar” trabalhadores com as instituições e com os usuários. Do contrário, os trabalhadores se concentram em “atos esvaziados de sentido” - ou cujo sentido depende de uma continuação que eles não controlam ou mesmo desconhecem – o que produz um padrão altamente burocratizado com seu saber e sua prática.

Uma mudança do modelo de atenção pressupõe, portanto, a hegemonia do trabalho vivo sobre o trabalho morto, caracterizando uma transição tecnológica que implica na produção da saúde com base nas *tecnologias leves* – a das relações (Merhy, Franco, 2003).

Merhy (1997a, p. 87), inspirado pela obra *Conversações*², de Gilles Deleuze, utiliza o termo “interseção”, para designar o que é produzido nas relações entre sujeitos nas suas interações, como produto que existe em ato e no momento da relação em processo. Assim, define que, no espaço dos serviços de saúde, as tecnologias leves são produtoras de relações intercessoras em saúde, onde os “inter”, portanto, “colocam-se como instituintes na busca de novos processos”.

E, sob esta perspectiva, acreditamos que:

O trabalho é uma das experiências mais ricas que a pessoa tem e, por isso, ele produz nela novas formas de entender e agir no mundo e com as outras pessoas. Ao produzir coisas e serviços, como o de assistência à saúde, por exemplo, o sujeito produz a si mesmo (Brasil, 2005, p. 75).

Ainda pensando sobre esse recorte das tecnologias leves, podemos fazer um paralelo com Teixeira (2006), através do seu diálogo com a filosofia de Espinosa, no qual discute a humanização da saúde na Atenção Básica, trazendo-nos que, no contexto destes serviços, o aumento ou diminuição de potência de cada um dependeria fundamentalmente da qualidade dos encontros que lá se realizam e daqueles que o serviço viabilizaria realizar.

Assim, segundo o autor, o reconhecimento do sucesso do encontro se dá a partir dos seus resultados afetivos, “sempre que os corpos em presença experimentarem afetos aumentativos de alegria e potência”. E que os “afetos de confiança” são os “que dão substrato a uma relação de confiança”, sem a qual não se pode falar numa relação verdadeiramente terapêutica, no trabalho de saúde (Teixeira, 2006, p. 595).

Com esta perspectiva, especificamente na área de saúde mental, Merhy (1994) destaca, numa retrospectiva histórica, a relação entre a “inventividade” dos trabalhadores nas alternativas de atenção para substituir o manicômio e a internação e a utilização do conhecimento das próprias pessoas como suporte de ações tecnológicas, através do vínculo e do acolhimento, tecnologias leves que, segundo o autor, estão centradas nas sabedorias, experiências e atitudes dos trabalhadores – sendo o substrato tecnológico que pode dar o sentido do usuário no interior do processo de trabalho em saúde - levando-nos a refletir, então, sobre uma “clínica que se faz em ato”, abrindo-se

² Deleuze G. *Conversações*. Trad. de Peter Pál Pelbart. São Paulo: Editora 34; 1996.

para novos processos territorializantes, em busca de novas singularidades e processos emancipadores (Merhy, 1997a, p. 107).

Segundo Peduzzi (2007), as ações de saúde nos serviços não se articulam por si só, de forma automática, apenas pelo fato de estarem sendo executadas em uma situação comum de trabalho, na qual diferentes trabalhadores compartilham o mesmo espaço físico e a mesma clientela; esta articulação requer que o profissional reconheça e coloque em evidência as conexões e os nexos existentes entre as intervenções realizadas, sejam estas referidas tanto ao seu próprio processo de trabalho quanto às ações executadas pelos demais integrantes da equipe.

Em direção à concepção sobre equipes de saúde, a autora define uma *equipe agrupamento*, caracterizada pela fragmentação, em que ocorre a justaposição de ações e o agrupamento de agentes, e uma *equipe integração*, em que ocorre a articulação das ações e interações dos agentes, construindo possibilidades de recomposição, superando o isolamento dos saberes e suas disciplinas.

Neste prisma, a *equipe agrupamento*:

“[...] tenderia à “manutenção da fragmentação das ações e ao estranhamento e distanciamento dos trabalhadores no que se refere às relações que estabelecem entre si e com o trabalho que executam, o que inclui sua relação com os usuários” (Peduzzi, 2007, p. 171).

Em contrapartida, a autora define os aspectos que caracterizam a modalidade de equipe integração, a saber, a *articulação* e a *interação*:

“[...] entendemos a **articulação** das ações no sentido de reconhecer e colocar em evidência as conexões existentes entre as intervenções técnicas realizadas pelo conjunto de profissionais inseridos numa mesma situação de trabalho coletivo. E entendemos a **interação** dos agentes no sentido da prática comunicativa, em que os envolvidos buscam o reconhecimento e entendimento mútuo, colocando-se de acordo com um projeto comum de trabalho articulado ao projeto institucional” (Peduzzi, 2007, p. 171, grifos nossos).

Portanto, alinhando-se à proposta de integralidade focalizada de Cecílio (2001), a equipe integração seria aquela, no espaço bem delimitado dos serviços, a constituir a rede de relações entre os trabalhadores de saúde, através de um investimento de cada um deles e de todos, de forma compartilhada, no sentido de articularem suas ações,

porque “reconhecer o trabalho do outro também pressupõe uma concepção de processo saúde-doença que contemple suas múltiplas dimensões, o que remete à integralidade da saúde” (Peduzzi, 2007, p. 163).

Assim, a heterogeneidade das práticas das equipes de saúde de um serviço é essencial para que essas ações sejam resolutivas, realizando as interfaces entre os diferentes saberes e disciplinas; isto porque o cuidado ao usuário, enquanto produto de um trabalho realizado, não é resultado ou responsabilidade exclusiva de nenhum dos componentes, nem pode ser garantido pelo trabalho individual de qualquer um deles, mesmo diante das especificidades da atuação dos diferentes profissionais (Guizardi, Gomes, Pinheiro, 2005).

Desta forma, podemos comparar o trabalho em saúde a uma “orquestra” entre os diferentes profissionais, pois, é justamente por agirem em conjunto, “em concerto”, que as diferentes sonoridades dos instrumentos dos músicos (especificidades de cada profissão) trazem como resposta ao público a tal “beleza” da obra executada (a integralidade do cuidado às pessoas); e, nessa orquestra, a relação com o usuário conduziria as ações, e o ritmo e arranjo das práticas seriam definidos a partir do acolhimento, do vínculo e da escuta (Guizardi, Gomes, Pinheiro, 2005, p. 114):

A orquestração do trabalho em equipe ocorre a partir do estabelecimento de relações entre sujeitos, em que o usuário, incluído nesse processo, passa a ser o protagonista, em torno do qual os profissionais agirão em concerto para produção de sua saúde.

Considerando então essa perspectiva do cotidiano do trabalho em saúde como um espaço físico e de relações, que representa um cenário de diferentes olhares – em que ao mesmo tempo confluem-se vivências subjetivas, sociais, de criatividade e de riscos (Santos-Filho, 2007), neste estudo escolhemos investigar o “modo de agir” de uma equipe de saúde através do acolhimento como analisador, trabalhando com duas noções a respeito do mesmo.

A primeira delas é aquela adotada por Teixeira (2003, p. 101), o acolhimento-diálogo. Para este autor, a substância do trabalho em saúde é a conversa, e o acolhimento seria uma técnica especial de conversar nos espaços dos serviços de saúde, com o papel de “tudo receber, tudo interligar e tudo mover”, porque é conteúdo de qualquer atividade assistencial e não apenas uma etapa a ser cumprida neste sentido.

Desta forma, esta dinamicidade presente nos múltiplos encontros em que se dão estas conversas, permitindo amplas possibilidades de trânsito no fluxo do usuário pelos serviços, configuraria um traço marcante do acolhimento, evidenciando seu comprometimento com a busca de um maior conhecimento das necessidades do usuário e dos modos de satisfazê-la.

Ademais, Cecílio (2001, p. 114) nos aponta como um dos conjuntos que também apreenderiam as necessidades de saúde, a criação de vínculos “(a) efetivos” entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional, reconhecendo que o vínculo “significa o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa: encontro de subjetividades”. Assim, o autor faz o que chama de uma “reconceitualização” do conceito de vínculo, ressignificando-o para além da simples adscrição a um serviço ou a inscrição formal a um programa.

Outra noção de acolhimento, pautada pela subjetividade como um de seus componentes fundamentais, é aquela proposta por Bueno e Merhy (1997, p.4), versando sobre a escuta das necessidades do sujeito e o processo de reconhecimento/responsabilizações entre sujeitos e usuários; ou seja, o acolhimento como sendo “a construção de uma nova ética no modo de ver a doença [...] a ética da diversidade e da tolerância à diferença, da inclusão social”.

E à luz desta ética, Teixeira (2003) aborda a integralidade do cuidado pelo viés da integração social, abordando a necessidade de *integrar diferenças e diferentes*, em projetos que lidem com situações de exclusão ou apartação social, o que no campo da saúde mental, adquire relevância, ao refletirmos sobre a importância dos profissionais se apropriarem de uma compreensão do social para construir estratégias operativas que ajudem a transformar a vida dos pacientes e a criar uma emancipação progressiva da doença, do estigma e da instituição (Pasquale, 2001).

Portanto, observamos que há uma *dobra* entre as perspectivas de acolhimento de Bueno e Merhy (1997) e de Teixeira (2003), no sentido que lhe atribui Silva (2004), numa releitura de Deleuze: dobra que exprime tanto um território subjetivo quanto o processo de produção desse território, exprimindo o próprio caráter coextensivo do dentro e do fora, traduzindo o modo singular pelo qual se produz certa relação de forças. Nos serviços de saúde, acreditamos que esta configuração se dê porque a partir do acolhimento-diálogo as *técnicas de conversa* produzem, nos espaços de cada encontro, processos de subjetivação ao possibilitarem diferentes modos de constituição da relação

consigo e com o mundo, exprimindo a idéia de multiplicidade e de criação permanente (Teixeira, 2003; Silva, 2004).

E, desta forma, estes modos de conversar promovem reconhecimento e responsabilizações entre sujeitos (Bueno, Merhy, 1997) por levarem-nos a *reconhecer o outro como um legítimo outro; reconhecer cada um como insuficiente e reconhecer que “o sentido de uma situação é fabricado pelo conjunto dos saberes presentes”* (Teixeira, 2003, p. 105) – premissas que potencializam *a construção de uma nova ética no modo de ver a doença* (Bueno e Merhy, 1997).

Em síntese, na perspectiva humana da interação e da construção de vínculos, produzindo subjetividades, o acolhimento possibilita o agir de toda a equipe multiprofissional. Isto porque colocá-lo em ação requer a valorização e a abertura para o encontro entre o profissional de saúde, o usuário e a sua rede social, reorganizando os serviços de saúde através da problematização dos processos de trabalho (Brasil, 2006a), porque o acolhimento põe estes processos em análise e dispara, entre os trabalhadores de saúde, a seguinte questão: o que fazer para que o **trabalho em equipe**, engendrado a partir das relações que se dão no cotidiano dos serviços, possa abrir-se para uma “zona de aumento de potência”*, na perspectiva da articulação e da interação entre os trabalhadores, no plano coletivo?

Diante disto, tomando o acolhimento em suas potencialidades, podemos considerá-lo como capaz de quebrar a verticalidade da organização do trabalho, promovendo transformações no processo de trabalho dos profissionais, porque quanto maior é o compromisso do profissional com o usuário, maior é a convergência dos processos de trabalho nos serviços através da interação entre a equipe multiprofissional (Franco, Bueno, Merhy, 1999). Além disso:

“[...] a organização parcelar do trabalho fixa os trabalhadores em uma determinada etapa do projeto terapêutico. A superespecialização, o trabalho fracionado, fazem com que o profissional de saúde se aliene do próprio objeto de trabalho. Desta forma, ficam os trabalhadores sem interação com o produto final da sua atividade laboral, mesmo que tenham dele participado, pontualmente” (Franco, Bueno, Merhy, 1999, p. 252).

* Extraído de aula ministrada por Ricardo Rodrigues Teixeira, na disciplina “Dimensões da subjetividade no cuidado em saúde mental e saúde coletiva”, na Escola de Enfermagem da USP, em junho de 2008.

Acerca da organização parcelar do trabalho, na interface da saúde mental com a Atenção Básica, Fortes et al. (2007) nos trazem que o “especialismo” apresenta “distorções”, apontadas a seguir:

- a) *a facilidade em se desenvolver uma perspectiva estreita no cuidado em saúde mental* - nesta direção, Costa-Rosa (2000) nos traz a problemática de se olhar a doença através da perseguição da cura, segundo a natureza do paradigma psiquiátrico;
- b) *o acesso limitado aos especialistas, com listas de espera*, o que gera um intervalo grande de tempo entre o encaminhamento ao psiquiatra de referência e a consulta agendada (Caçapava, Colvero, 2006);
- c) o que os autores chamam de “*fetichismo da complexidade*”, ou seja, os profissionais, por “serem altamente especializados”, consideram que só tratam os “problemas difíceis”, já que “os problemas complexos requerem soluções complexas” que apenas eles podem fornecer, porque “as habilidades são difíceis demais para que não-especialistas aprendam”.

Para complementar a discussão sobre a organização parcelar do trabalho recorrendo às idéias de Campos (1997, p. 234), podemos dizer que, sob esta orientação, o profissional perde o contato com elementos potencialmente estimuladores de sua criatividade e tenderá a não se responsabilizar pelo objetivo final da sua intervenção, a “recuperação do paciente ou pela promoção da saúde de uma comunidade”.

No entanto, se respaldados pela liberdade para viverem os seus processos, os trabalhadores de saúde produzem (e preservam) a sua autonomia porque têm a capacidade de leitura de sua própria situação e do que está em sua volta, acreditando na possibilidade do novo; então, tornam-se sujeitos “dinamizadores” com a potencialidade de revolucionar o cotidiano, recusando o determinismo que esmaga os espaços de liberdade, criação e diversidade (Guattari, Rolnik, 2000; Paim, Almeida Filho, 2000).

Com isso, acreditamos que o acolhimento seja fonte, no trabalho vivo em saúde, de *práxis criadora* (Paro, 1994) dos trabalhadores de um serviço, por ser um dispositivo que dispara, entre eles, a reflexão sobre a humanização das relações nos serviços e o resgate do espaço de trabalho como lugar de sujeitos (Malta et al., 2000).

Segundo Sánchez Vásquez (1977) apud Paro (1994, p. 26) a práxis é entendida como “uma atividade material, transformadora e ajustada a objetivos”, na qual intervém, em maior ou menor grau, a consciência do homem, sendo que esta se manifesta mais acentuadamente na práxis criadora, embora não deixe de estar também presente na *práxis reiterativa*:

“[...] Do ponto de vista da práxis humana, total, que se traduz na produção ou autocriação do próprio homem, a práxis criadora é determinante, já que é exatamente ela que lhe permite enfrentar novas necessidades, novas situações [...] a repetição se justifica enquanto a própria vida não reclama uma nova criação [...] contudo, criar é para ele a primeira e mais vital necessidade humana [...]”.

Para este autor, então, o aspecto positivo da práxis reiterativa (ou *imitativa*) está no seu poder de ampliar e multiplicar a práxis criadora, através da repetição de um processo e de um resultado alcançado por uma práxis criadora anterior. No entanto, seus aspectos negativos aparecem quando ela barra as possibilidades de novas criações.

Desta forma, como resultado de trabalhos anteriores e pela literatura consultada, concluímos que, se o acolhimento deixa-se capturar pelo trabalho morto, vai engendrando-se como práxis reiterativa que reproduz atividades meramente burocráticas nos serviços de saúde, através de práticas mecanizadas que afastam usuários e trabalhadores por meio de guichês, normas e protocolos, operando vias de comunicação que não se abrem para espaços relacionais na dimensão do simbólico e do subjetivo, em que os sentidos se articulam com os saberes (Merhy, 1997a; Franco, 2006).

Consideramos que a idéia de acolhimento, em diversos serviços de saúde do SUS, acumula uma experiência heterogênea, ou seja, com acúmulos também negativos, que o tomam como uma ação pontual e descomprometida, sendo ora identificado como uma dimensão espacial, traduzida em recepção administrativa e ambiente confortável, ora como triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados (Brasil, 2006a).

Em contrapartida, compartilhamos com a idéia de que o acolhimento seja um processo que ocorre em qualquer etapa do trabalho de saúde (Matumoto, 1998), na perspectiva de uma *rede de encontros afetivos* delineada por conexões que engendram potencialidades no trabalho em equipe, através da invenção na relação com o outro*.

* Extraído de aula ministrada por Ricardo Rodrigues Teixeira, na disciplina “Dimensões da subjetividade no cuidado em saúde mental e saúde coletiva”, na Escola de Enfermagem da USP, em junho de 2008.

Neste sentido, estar aberto às redes “nos permite produzir novas formas de estar junto” (Gomes et al., 2007, p. 27), transversalizando procedimentos, protocolos e formas de ação já consolidadas que atravessam os profissionais de saúde. E se nessa dimensão nos remetermos à integralidade focalizada, podemos pensá-la como um “lugar privilegiado de encontro entre diferentes agentes produtores-vivos de saúde” (Louzada et al., 2007).

Portanto, esta conjunção entre as redes e o coletivo, na perspectiva do acolhimento, dirige-nos a entendê-lo como “a devolução do sujeito ao plano da subjetivação, o plano da produção que é plano do coletivo” (Passos, Benevides de Barros, 2004, p. 169), já que o coletivo é olhado, por estes autores, pela esfera da produção e na dimensão de uma “*rede quente*”, cuja dinâmica conectiva ou de conjunção seja geradora de efeitos de diferenciação, que produzem diferenças, variantes e modificações, extraídas mesmo diante das repetições mais mecânicas e estereotipadas com as quais nos deparamos na vida moderna (Passos, Benevides de Barros, 2004; Deleuze, 1988).

Essas relações fundadas na repetição levariam os trabalhadores de saúde, nos serviços, a reproduzirem um “cuidado” mecânico e estereotipado, “nu” de diferenças; neste caso, podemos falar em “*redes frias*”, porque acordos e contratos existem e funcionam, mas neste prisma o coletivo está na forma do “real vazio”, da equalização, da serialização, porque os encontros não conservam seu poder de engendrar devires (Deleuze, 1988; Merhy, 1997a; Passos, Benevides de Barros, 2004; Rolnik, 1993).

E, do contrário, novas conexões formariam redes quentes produtoras de novas práticas, levando-nos ao questionamento da realidade instituída - a ser posta em análise para desestabilizar formas de trabalho-morto nos serviços de saúde (Merhy, 1997a).

Com base nestes pressupostos, gostaríamos de esclarecer, então, que não defendemos aqui uma perspectiva moralizadora do acolhimento, que o olha através de rótulos de “boas” e “politicamente corretas” condutas a serem impostas ao trabalhador de saúde para garantir o direito de acesso do usuário ao serviço, porque acreditamos que, com isso, o profissional seja capturado por um plano prescritivo do cuidado, afastando-se da multiplicidade das escolhas e dos sentidos produzidos “em face de, no encontro com, no estar com” (Louzada et al., 2007, p. 46).

Além disso, nesta direção, Gomes et al. (2007) nos trazem que, à medida que os encontros são sobremaneira regulamentados e normatizados nos serviços, enrijecem os espaços intercessores, cristalizando as relações, pois tratá-las por uma perspectiva moral

é impor inclusive uma certa resistência ao diálogo entre os trabalhadores, obstruindo as saídas e aprisionando as possibilidades de mudança, diminuindo a potência de criação de outros modos de existências condizentes com as diferenciações e transformações, evitando o contato e a troca de experiências, negando o caráter singular dos encontros.

1.2 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE, SUS E REFORMA PSIQUIÁTRICA: “FLORESCERES”...

*O vento experimenta
o que irá fazer
com sua liberdade.
(João Guimarães Rosa)*

Neste capítulo, iniciaremos nossa conversa sobre a Atenção Básica à Saúde enquanto um espaço estratégico de intervenção no interior das transformações implementadas no Brasil com a Reforma Psiquiátrica no cenário do SUS; ou seja, contextualizada dentro de um horizonte de novas propostas de consolidação do campo da saúde no âmbito científico, de práticas e como atividade profissional, trazendo uma maior e mais efetiva participação da sociedade nas questões da vida, saúde, do sofrimento e da morte. Nessa perspectiva, a Atenção Básica possibilitaria a abertura de novas reflexões e a produção de ações no sentido de construir um modelo de atenção cujas práticas valorizem a dimensão subjetiva das vivências dos usuários e trabalhadores, proporcionando espaços de comunicação e diálogo com outros saberes e fazeres, direcionados a promoverem e protegerem a saúde no plano coletivo, abrindo-se a diferentes alternativas de novos formatos para a produção da saúde, para além do modelo médico-hegemônico (Paim, Almeida Filho, 1998; Merhy, 1997b).

Isto porque, diferentemente do hospital, a rede básica “apresenta a possibilidade de menor aprisionamento de suas práticas a um processo de trabalho médico restrito, ou mesmo circunscrito no tempo e no evento [...]” (Merhy, 1997b, p. 199).

Em contrapartida, segundo Cunha (2004, p. 41), mesmo trabalhando na Atenção Básica os trabalhadores de saúde trazem consigo a “marca” de suas competências oriundas de uma formação hospitalar ainda hegemônica nas instituições de ensino; deste

modo perpetuam-se nas Unidades Básicas as práticas centralizadas em procedimentos, exames e medicações, segundo a “adequação” a uma dada patologia.

E, de acordo com o autor, esse modelo de atenção que tem por eixo o diagnóstico e sua respectiva conduta não é resolutivo na Atenção Básica, por ser este um lugar em que se faz imprescindível uma intervenção profissional co-protagonizada pela participação e a compreensão dos usuários no processo de cuidar, evidenciando a essencialidade da *capacidade de diálogo* nesse espaço de produção da saúde.

Para Fausto (2005), o fortalecimento da atenção primária na política nacional de saúde ainda é um processo em construção, e, embora os avanços nesta direção sejam inegáveis, há um caminho longo a ser superado no “abismo” existente entre o que se pensa e o que se faz em relação à atenção primária em saúde.

Neste sentido, a autora nos aponta as estruturas precárias dos serviços, a desvalorização dos profissionais de saúde – conseqüentemente desestimulados com o trabalho e a falta de recursos suficientes para o procedimento ao cuidado necessário - além da dificuldade de articulação com os serviços especializados, o que torna difícil manter a continuidade da atenção.

Sendo assim, as questões trazidas por esses dois autores, dirigindo-nos para alguns limites do cuidado na Atenção Básica, trouxeram-nos novos elementos disparadores do presente estudo, considerando a relação dos trabalhadores entre si e com as suas práticas, no manejo das tecnologias leves e diante desses obstáculos.

Realizando um breve resgate histórico da atenção primária à saúde, foi a partir da Conferência de Alma-Ata - realizada no Cazaquistão, em 1978, na qual houve a I Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde - que a atenção primária em saúde adquire expressão internacional e passa a ser adotada como estratégia para se atingir a meta proposta pela Organização Mundial de Saúde, a “Saúde para Todos no Ano 2000”, sendo sua concepção direcionada às ações integradas entre o âmbito da saúde e as ações intersetoriais. Nesta ocasião, a definição atribuída à atenção primária guardava, em si, dois aspectos: o de estratégia e também nível de atenção (Fausto, 2005).

Em contrapartida, após Alma-Ata houve ampla disseminação de uma concepção que se distanciava da que fora originalmente compreendida e assumida pela OMS. Desta forma, conquistou espaço uma concepção seletiva de atenção primária, a qual visava o desenvolvimento de programas custo-efetivos focados em problemas de saúde específicos através de ações básicas que fossem minimamente eficientes, mas capazes

de obter adesão de amplas camadas da população (Fausto, 2005; Cueto, 2003 apud Fausto, 2005; Franco, Merhy, 2003).

No Brasil, uma aproximação com as propostas de atenção primária derivadas de Alma-Ata deu-se na década de 80, a partir de uma experiência inovadora do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária – CONASP (Fausto, 2005).

O CONASP é um foro que foi criado pela Presidência da República em 1981, cuja composição contava com a participação não-paritária de representantes do governo, patronais, universitários da área médica e trabalhadores e cujo trabalho se consubstancia com o Plano de Reorientação da Assistência Médica da Previdência, o qual propõe, oficialmente, modificações no sentido da racionalização do sistema de saúde e da melhoria da qualidade dos serviços, além da reversão do modelo assistencial privatizante através da descentralização e utilização prioritária dos serviços públicos federais, estaduais e municipais na cobertura assistencial da população (Yasui, 1999).

Sendo assim, como uma das medidas do CONASP, a partir de uma inspiração de Alma-Ata, temos, em 1982, a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), estratégia marcante para o processo de reformulação do sistema de saúde brasileiro nos anos 80, e que deixou como principais legados a expansão da rede pública - sobretudo a ambulatorial - e a introdução de medidas descentralizadoras (Fausto, 2005).

Desta forma, as AIS favoreceram a formação e ampliação de alternativas de organização da atenção à saúde colocadas em prática nos diferentes estados e municípios, assumindo a perspectiva da universalização da Atenção Básica acompanhada de integração, regionalização e hierarquização das ações de saúde - embora, neste período, a expansão da rede pública ambulatorial tenha sido acompanhada da adoção do modelo médico previdenciário, baseado na consulta médica especializada, privilegiando-se a lógica curativa das doenças na organização da assistência (Fausto, 2005).

É importante situarmos que estas transformações se dão face ao contexto sócio-político das mudanças econômicas e políticas que acontecem com o processo de transição do regime militar ditatorial, no Brasil, sobretudo nos anos 80, cenário em que emergem, portanto, novos rumos para as políticas de saúde no país, com a participação de novos atores sociais que entram em cena para construir, através do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, uma nova concepção de saúde: a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado (Mendes, 1999).

É diante deste panorama que ocorre, em 1986, a 8ª. Conferência Nacional de Saúde, evento que influenciou de forma determinante a elaboração da nova Constituição Federal de 1988, através da produção de trabalhos técnicos pela Comissão da Reforma Sanitária. A partir do texto constitucional, define-se, então, um Sistema Único de Saúde (SUS) para prover as ações e serviços de saúde no país (Mendes, 1999).

O SUS, legitimado pelas Leis 8.080 e 8.142, de 1990, traz até nós uma concepção ampliada do processo saúde-doença, vinculada à qualidade de vida de uma população, e, portanto, relacionada a determinado nível de acesso a bens e serviços econômicos e sociais (Mendes, 1999). Desta forma, seus princípios de universalidade, equidade e integralidade das ações de saúde legitimam uma política de inclusão social e corroboram a concepção da determinação social do processo saúde-doença, entendido como resultado de fatores relacionados às formas de viver e trabalhar dos indivíduos, dos quais advêm potenciais de fortalecimento e desgaste à saúde (Queiroz, Salum, 1996).

Portanto, o SUS fomenta a necessidade de se reconhecer os problemas de saúde da população a partir da inserção social dos indivíduos e de suas famílias, e diante desta perspectiva, ganha destaque, na rede assistencial, o papel da Atenção Básica à Saúde, na medida em que esta deve ser compreendida não apenas como porta de entrada do usuário no sistema de saúde - mediante oferta de serviços, tecnologias e produtos de saúde de baixa complexidade - mas como locus de realização de ações de saúde individual e coletiva, já que o “indivíduo se constrói nas relações sociais e, portanto, sempre referido ao conjunto de outros tanto a ele assemelhados, nos quais se espelha”, de modo que para situá-lo enquanto unidade singular, a totalidade precisa ser compreendida na unidade dialética *coletivo x indivíduo* (Queiroz, Salum, 1996, p. 4-5)

Em 1994, o governo federal implanta o Programa de Saúde da Família (PSF), mas este só foi assumido como modelo estratégico de redefinição do modelo de atenção do SUS, com vistas a fortalecer a Atenção Básica no sistema nacional de saúde, a partir da Norma Operacional Básica (NOB) ³ de 1996 (Fausto, 2005). Em contrapartida, a autora nos traz que uma questão a ser refletida diz respeito a pouca integração do PSF com as demais estruturas assistenciais de saúde, o que, segundo a perspectiva de Cecílio (2001), prejudica a lógica da integralidade ampliada.

³ A NOB/SUS 96 instituiu mecanismos de incentivo financeiro à implantação dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o PSF, definidos como estratégia importante no sentido da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar (Fausto, 2005).

Entretanto, remetendo-nos ao cenário mais recente das suas diretrizes políticas, verificamos que o SUS tem buscado uma melhor interação entre as três esferas do governo e suas regiões administrativas, para alcançar maior racionalidade do sistema e investimentos na reorganização do modelo de atenção à saúde, especialmente no tocante às ações de promoção e prevenção em saúde e a integração dessas com as outras formas de cuidado que compõem a atenção à saúde, na tentativa de controlar os indesejados efeitos decorrentes do modelo de descentralização (Fausto, 2005).

Assim, através da Portaria nº 648 GM, de 28 de março de 2006, o Ministério da Saúde aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), indo ao encontro à prioridade de “consolidar e qualificar a estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS)”, estabelecendo, portanto, a revisão de diretrizes e normas à organização da Atenção Básica para o PSF e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), sendo os municípios e o Distrito Federal responsáveis pelo cumprimento dos princípios da Atenção Básica, pela organização e execução das ações em seu território (Brasil, 2006b, p.3).

Como forma de estruturarmos a presente dissertação, introduziremos neste momento de abordagem histórica da Atenção Básica à Saúde, o recorte do campo da saúde mental, remontando-nos à Reforma Psiquiátrica Brasileira para chegarmos até as diretrizes atuais do Ministério da Saúde para a saúde mental na Atenção Básica, quando retomaremos, portanto, esta discussão apenas iniciada.

1.2.1 Encontros e confrontos: potencialidades e desafios do cuidado em saúde mental no SUS

*Que tristes os caminhos, se não fora
a mágica presença das estrelas!
(Mário Quintana)*

Quanto ao campo da saúde mental, no caminho conjunto de reformulações em saúde pública, Lopes (1999) nos aponta que os avanços na Constituição Federal e as perspectivas das Conferências Nacionais de Saúde, em direção à efetivação do SUS,

trazem pressupostos imprescindíveis à Reforma Psiquiátrica, como os parâmetros epidemiológicos e sociais não mais tutelados pelo modelo médico, e a parceria da população organizada na construção do novo sistema.

Desta forma, no contexto de redemocratização que abriu caminho para o processo da Reforma Sanitária, podemos dizer que a Reforma Psiquiátrica também seguiu esta trilha, configurando-se em processo participativo que envolveu trabalhadores, usuários, familiares, sociedade civil organizada, aparelho jurídico, poder legislativo, ministério público – trazendo para a sociedade propostas de transformação ao modelo de atenção hegemônico dos hospitais psiquiátricos na atenção em saúde mental*.

Por esta razão, rompendo com as estratégias políticas e operativas constituídas até então (Amarante, Guljor, 2005), a Reforma Psiquiátrica Brasileira, assim como a Reforma Sanitária, floresce dos movimentos de massa, refletindo temas centrais não só de formulação de projetos contra-hegemônicos, mas também de democratização do Estado, ampliando-se com isso o conceito de “direito à saúde”, almejando uma consciência sanitária (Lopes, 1999).

Segundo Yasui (1999, p. 23), o campo da saúde mental é essencialmente o lugar do encontro do singular e do social, do eu e do outro, e também o lugar do confronto: “das idéias de liberdade e solidariedade contra o controle e a segregação, do privado e do público, da inclusão e da exclusão, da afirmação da cidadania e de sua negação”, sendo também um campo de lutas políticas, sociais e ideológicas.

Neste sentido, Amarante e Guljor (2005) destacam especialmente o período da Reforma Psiquiátrica Brasileira marcado pela *desinstitucionalização*, porque este faz com que o processo da Reforma Psiquiátrica deixe de ser restrito à dimensão das transformações técnico-assistenciais, articulando-se às dimensões político-jurídica, teórico-conceitual e sociocultural, e, portanto caracterizando-se como um processo social complexo, que possibilitou uma reflexão mais abrangente acerca do processo saúde-adoecimento psíquico e sobre as necessárias ações intersetoriais junto à cultura, à educação e a justiça.

Diante destas considerações, que tecem a interface entre a saúde coletiva e a saúde mental, destacando que a Reforma Sanitária e Psiquiátrica pertencem a um

* Extraído da aula “O Sistema Único de Saúde brasileiro e os desafios para a construção dos serviços substitutivos de saúde mental”, ministrada por Ana Luísa Aranha e Silva, na disciplina “Evolução histórico-social da assistência em saúde mental”, na Escola de Enfermagem da USP, em junho de 2007.

movimento de raízes comuns, focalizamos nosso olhar para os cuidados de saúde prestados ao usuário em sofrimento psíquico, na Atenção Básica, tomando como referência os pressupostos de ambos os campos, na perspectiva de que as más condições de vida (saneamento, moradia, alimentação, transporte, educação, saúde) e más condições de trabalho se relacionam com a produção social do sofrimento psíquico (Lopes, 1999).

Em face desta perspectiva, não podemos deixar de falar, neste estudo, da **Declaração de Caracas**, assinada pelos países das Regiões das Américas em 1990, pois esta representou um marco fundamental na história da saúde mental destes países, já que seus princípios foram adotados como as metas mobilizadoras de todos os movimentos de reforma de saúde mental ocorridos na América Latina e Caribe, a partir de 1990, por verificar que “a assistência psiquiátrica convencional não permite alcançar objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo”, e o hospital, como única modalidade social, impede o alcance destes objetivos ao isolar o doente do seu meio, gerando maior incapacidade social (Brasil, 2004a, p. 11).

Portanto, segundo Tófoli (2005), este documento revê criticamente o papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços, defendendo que os recursos, cuidados e tratamentos baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados, propiciam a permanência do usuário em seu meio comunitário, e, desta forma:

“[...] considera, profeticamente, em uma época que ninguém falava de saúde mental na Atenção Básica à Saúde, que os programas de saúde mental e psiquiatria devem se adaptar aos princípios e às orientações que fundamentam o atendimento primário de saúde e os modelos de organização da assistência à saúde [...], pois esta reestruturação permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais”.

Assim, alinhando-nos a estes pressupostos, compartilhamos com Pitta (2001) a idéia de que, no Brasil, um dos maiores desafios do SUS é construir, no território, uma rede de atenção para os usuários em sofrimento psíquico, que melhore as chances de qualidade de vida destas pessoas, incluindo o cuidado sem estigmas e discriminação, através de iniciativas que busquem responder às diferentes demandas que a doença ou limitação apresentam para usuários e equipes de cuidados.

E que, compondo esta rede de cuidados, a Atenção Básica à Saúde, especialmente produzindo uma forma de cuidado acolhedora, é um espaço rico em potencialidades para reinventar práticas de saúde, na perspectiva da construção e experimentação dos arranjos coletivos do trabalho em equipe.

Neste sentido, Silva et al. (2006) nos trazem a figura de um *laço* como metáfora para simbolizar os processos comunicativos entre a equipe de saúde, aqueles nos quais se consegue estabelecer com os trabalhadores um *território comum*, porque baseado em uma construção dinâmica de diálogos e nas transformações de relações e atitudes cotidianas dos sujeitos envolvidos - porém, entendendo-se que, nas diferentes localidades os sujeitos se relacionam de infinitas maneiras, possibilitando várias formas de construção de inúmeros territórios comuns.

Desta forma, o laço acontece quando, em uma equipe de saúde, os sujeitos e seus saberes interagem e dialogam, gerando ações comuns que sustentam a existência desse espaço de encontros (Silva et al., 2006). Nesta direção, o acolher, de trabalhador para trabalhador e de trabalhador para usuário, é uma posição afetiva fundada na aceitação do outro. Isto porque esses encontros por vezes atravessam aquilo que nos convém, pois nem sempre o que buscamos nestas relações tem algo a ver com o que o outro espera, fato que permeia as relações pela confluência de situações não necessariamente equivalentes (Merhy, 1997a).

Por conseguinte, partindo da caixa de ferramentas dos trabalhadores da Atenção Básica, acreditamos que o acolhimento - na articulação entre o campo da saúde mental e da saúde coletiva - é um dispositivo importante *no, do e para* o trabalho das equipes de cuidado, abrindo as possibilidades para a inclusão da saúde mental na organização do trabalho dessas equipes se (esse acolhimento) é “costurado” através dos laços da integralidade, no tecido do campo psicossocial e em um movimento de superação dos *signos manicomiais* definidos por Lopes (1999, p. 31) como:

- “desumanização” no acesso aos serviços;
- normatização a serviço do “empurra-demanda”;
- a “ vaidade profissional” na ação individualizada;
- a negação da subjetividade e do sofrimento psicossomático;
- a objetivação pela doença, negando a compreensão do outro como sujeito com poder de troca;
- o não investimento e o não reconhecimento do vínculo como via terapêutica;

- a desautorização para criar-recrir novas senhas e abordagens.

Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde (Brasil, 2004b) define, de acordo com os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica, que as ações de saúde mental da Atenção Básica se dirijam aos modelos de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento e aponta, dentre as suas diretrizes, a multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, reconhecendo, portanto, a importância do fortalecimento do trabalho em equipe, permeado pelas tecnologias leves do trabalho, engendradas nas relações.

Assim sendo, através da inclusão de políticas que remetam à dimensão subjetiva dos usuários e aos problemas de saúde mental, o Ministério da Saúde vem estimulando, nos últimos anos, diretrizes que enfatizam a formação das equipes da Atenção Básica e o *apoio matricial* de profissionais de saúde mental junto a essas equipes – o qual consiste nas ações de supervisão, atendimento e educação permanente em serviço, realizado por uma equipe de saúde mental para equipes ou profissionais da atenção básica, com o objetivo de excluir a “lógica do encaminhamento” e visando a resolubilidade de problemas de saúde pela equipe local. Portanto, parte-se do princípio de que:

“[...] por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da atenção básica devem ser consideradas estratégicas para garantir o acesso e o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, outras drogas e diversas formas de sofrimento psíquico” (Brasil, 2007, p.32).

Nesta direção, considerando a PNAB (Brasil, 2006b), visando ao fortalecimento da estratégia Saúde da Família e a melhoria da qualidade e resolubilidade da Atenção Básica, o Ministério da Saúde cria, em 2008, através da Portaria GM nº 154, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o objetivo de:

“[...] ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica, estabelecendo que os NASF sejam constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuem em parceria como profissionais das Equipes Saúde da

Família - ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado” (Brasil, 2008).

E, com relação à saúde mental, os NASF devem direcionar suas ações a atenção aos usuários e familiares em situação de risco psicossocial ou doença mental, dentro de uma rede de cuidados que inclui, além da rede a Atenção Básica/Saúde da Família, os CAPS, as residências terapêuticas, os ambulatorios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros. Por conseguinte, integrando-se a essa rede, os NASF organizariam suas atividades a partir das demandas articuladas junto às equipes de Saúde da Família, contribuindo para propiciar condições de reinserção social dos usuários e uma melhor utilização das potencialidades dos recursos comunitários na busca de melhores práticas em saúde, voltadas à promoção da equidade, da integralidade e da construção da cidadania (Brasil, 2008).

1.3 O ACOLHIMENTO E A PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADES

Viver — não é? — é muito perigoso. Porque ainda não se sabe. Porque aprender- a- viver é que é o viver mesmo (João Guimarães Rosa)

Este estudo tem por objeto o acolhimento do sujeito com necessidades no campo da saúde mental pelos trabalhadores de uma UBS e considera a potência do acolhimento enquanto um “organizador” do fluxo do usuário no serviço e na rede de atenção à saúde. Isto nos leva a uma investigação cuja amplitude do olhar dirige-se tanto à organização do trabalho em saúde mental, no serviço, quanto à qualidade dos encontros que são realizados entre os trabalhadores e entre os trabalhadores e os usuários - buscando, portanto, o resultado afetivo das relações do trabalho em saúde.

Partimos do pressuposto teórico de que o cotidiano do mundo do trabalho – neste caso, no campo da saúde - é uma micropolítica, na qual somos individual e coletivamente fabricantes (dos) e fabricados (nos) modos de agir e nos processos relacionais que vivenciamos; assim, podemos dizer que todo o lugar no qual práticas de saúde são produzidas opera em um campo de processos de subjetivação, expressando-se

na construção de territórios e subjetividades comprometidos com a produção de certos sentidos para aquelas práticas, construindo modos singulares de compreensão e produção do real social, no qual os sujeitos estão inseridos (Franco, Merhy, 2007).

Para Pál-Pelbart (2001), a subjetividade é um campo de experiência, de afeto, de marcas, de sonho, de abertura, feita de conexões e fugas, de criação de sentido, de produção de si. Nesta perspectiva, podemos dizer que os trabalhadores de saúde são *agentes* de suas práticas quando destas são protagonistas, produzindo, coletivamente, um dispositivo transformador da realidade, que, ao conectar elementos e forças – multiplicidades, singularidades, intensidades – heterogêneos integra-se para gerar *alternativa* (Baremlitt, 1992).

Do contrário, os trabalhadores de saúde são reprodutores das práticas ao cumprirem uma função conservadora, reiterando algo idêntico, igual ou similar ao que existe, detendo os devires, as metamorfoses, a interpenetração do criativo (Baremlitt, 1992).

Portanto, no espaço micropolítico dos serviços de saúde, os profissionais são concomitantemente produtos e produtores do sistema de relações do qual fazem parte (Campos, 1997) e, assim, nele não existe uma suposta neutralidade, pois os trabalhadores são inevitavelmente chamados a escolhas que podem remetê-los à *transversalidade* – quando constroem processos de singularização, modos de sensibilidade, de relação com o outro e de criatividade – ou ao *jogo de reprodução de modelos* (Guattari, Rolnik, 2000), fabricando “atos esvaziados de sentido”, vinculados a um padrão burocratizado com o saber e a prática de saúde (Campos, 1997).

E, por serem construídos por essas práticas e relações, os trabalhadores de saúde são fundamentais para se definir a organização dos processos de trabalho nos serviços (Fortuna, 1999). Além disso, acreditamos que a prática profissional deve buscar o diálogo intra e interdisciplinar, revendo e analisando a essência das técnicas que compõem suas atividades, pois assim “o cuidado se dinamiza, distende e se reorienta num todo que não excluí, nem cria divergência, entre os imperativos da técnica e da subjetividade do sujeito cuidado e cuidador” (Machado, Colvero, 1999, p. 71).

No tocante à saúde mental, podemos ilustrar um exemplo de “reprodução de modelos” (Guattari, Rolnik, 2000) nos processos de trabalho em saúde, fazendo uma breve digressão ao universo cinematográfico, com a história real do filme “Estamira”, de 2004, cuja personagem-título é uma mulher de 63 anos, com transtorno mental, que cria o adjetivo “copiador” para designar os profissionais do serviço de atenção à saúde

mental em que faz tratamento (através de consultas individuais periódicas). Trouxemos o fragmento de uma resenha acerca do filme⁴, que nos remete a uma crítica sobre a fabricação dos já comentados “atos esvaziados de sentido” (Campos, 1997), para que possamos refletir sobre nossas escolhas profissionais, lembrando-nos de que elas não são neutras:

Diz Estamira, olhando de frente para todos nós, os que defendemos a Reforma Psiquiátrica e os que a combatem: vocês são copiadores, e também dopantes. Daí o recado enunciado para todos nós do mundo psi. É certo que muitas pessoas precisam de atendimento, mas de que atendimento nós estamos falando? Lembremos que muitas das pessoas com sofrimento mental grave são atendidas por pais de santos, pastores ou sacerdotes, talvez mais dos que nós atendemos e muitas vezes com maior êxito...

Neste estudo, o acolhimento é considerado por nós um **dispositivo**. Emprestaremos, então, este conceito, de Baremlitt (1992, p.151):

“[...] é uma montagem ou artifício produtor de inovações que gera acontecimentos, atualiza virtualidades e inventa o Novo Radical. Em um dispositivo, a meta a alcançar e o processo que a gera são imanentes⁵ entre si. Um dispositivo compõe uma máquina semiótica e uma pragmática e se integra conectando elementos e forças (multiplicidades, singularidades, intensidades) heterogêneos que ignoram os limites formalmente constituídos [...] os dispositivos, geradores da Diferença Absoluta, produzem realidades alternativas e revolucionárias que transformam o horizonte do considerado real”.

A partir daí, utilizaremos um recorte da concepção de Baremlitt (1992) sobre o termo dispositivo para expormos nossas hipóteses acerca das potências do acolhimento...

⁴ “Espertos ao contrário: Estamira e a resistência às capturas”, de Paulo Amarante e Antônio Lancetti, publicado no site oficial do filme.

⁵ Baremlitt (1992, p. 177) define que o termo imanência “expressa a não separação entre os processos econômicos, políticos, culturais (sociais em sentido amplo), os naturais e os desejantes. Todos eles são coextensivos, intrínsecos e só separáveis com finalidades semânticas ou pedagógicas”.

1.3.1 O acolhimento conecta multiplicidades e singularidades, produzindo realidades alternativas e transformadoras

Na procura da poesia, o poeta nos propõe, inicialmente, uma escuta. Uma escuta singular sobre aquilo que ainda não se dissipou - as mil faces secretas das palavras. E, então, nos aconselha um movimento por entre as palavras e o silêncio. Um movimentar-se entre interstícios e vazios onde habitam gestos, sentidos, traços ou falas ainda imperceptíveis ao nosso corpo tecnicista e aflito. Contudo, esse movimento exige paciência e contemplação. Coragem para rachar as palavras e deixar passar as potências que possam dali provir. Movamos, então, nossos corpos! Retiremos o véu que reveste nossos sentidos para percebermos o que está oculto sob a face neutra das verdades universais e de nossas certezas (Slegmann, Fonseca, 2007, p. 54)⁶.

O acolhimento é produzido nas relações construídas - e reconstruídas - nos diferentes momentos de encontro entre os trabalhadores e os usuários nos serviços de saúde. Momentos em que os corpos se encontram (Teixeira, 2006), propondo, como o “poeta na procura da poesia”, uma “escuta **singular**”, que entre a voz e o silêncio, desnuda as **múltiplas** “faces secretas das palavras”, imperceptíveis se não nos movimentarmos em direção à compreensão de “gestos, sentidos, traços, ou falas” que “escondem” as necessidades do usuário, as quais exigem dos sujeitos em relação uma incessante *investigação/elaboração/negociação* (Teixeira, 2003), porque muitas vezes estas necessidades não são a demanda apresentada sob a forma de uma dor física ou psíquica - para a qual, supomos, com nossas “certezas e verdades universais”, uma resolubilidade instantânea, fruto da “aflição” de nosso corpo que não se dispõe à “paciência e contemplação” indispensáveis ao “acolher” (Slegmann, Fonseca, 2007, p. 54).

⁶ Ensaio sobre o poema *Procura da Poesia*, de Carlos Drummond de Andrade.

Então, o acolhimento é um dispositivo dos serviços de saúde, que, ao se abrir para uma rede de conversação (Teixeira, 2003), sustentada pelo trabalho em equipe, tem “coragem para rachar” o que as palavras ocultam, e, a partir desta abertura, deixar passar os afetos que aumentem a potência (Teixeira, 2006) dos sujeitos, que, fortalecidos em suas singularidades, tornam-se protagonistas do seu cuidado.

Assim, trilhando um caminho convergente com a perspectiva de Guattari e Rolnik (2000), podemos dizer que os processos de “reflexão” e “resgate”, disparados entre os trabalhadores de saúde pelo acolhimento, constituem-se em *processos de singularização*, porque possibilitam que o indivíduo se aproprie novamente da subjetividade, vivendo-a, nos serviços de saúde, não mais como uma relação de alienação e opressão (em que se submete a uma subjetividade recebida), mas sim como uma relação de criação e expressão. Portanto, o acolhimento guarda em si a potência de “produzir realidades alternativas e transformadoras”...

Diante do exposto, o presente trabalho irá caracterizar a produção de cuidado em saúde mental de uma Unidade Básica de Saúde, tomando o acolhimento dos usuários com necessidades no campo da saúde mental, como um analisador dos processos de trabalho de uma equipe multidisciplinar. Com isto, a seguir apresentaremos os objetivos deste estudo.

2. OBJETIVOS

- Conhecer e analisar as concepções e sentidos atribuídos pelos trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde ao **acolhimento e trabalho em equipe**, com vistas à produção do cuidado em saúde mental;
- Identificar e analisar as facilidades e dificuldades do trabalho em equipe em uma Unidade Básica de Saúde, destacando potencialidades, limites e desafios na produção do cuidado em saúde mental.

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Sempre que olhamos para a vida, olhamos para redes.

(Capra, 1996)

3.1 TIPO DE PESQUISA

Para que realizássemos nossa investigação, e pudéssemos alcançar os objetivos propostos, escolhemos a pesquisa qualitativa, a qual, na perspectiva de Minayo (2004), possui a capacidade de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerente aos atos, às relações e às estruturas sociais, estas últimas tomadas em seu advento e sua transformação, como construções humanas que podem ser apreendidas através do cotidiano e da vivência.

Dentre as possibilidades oferecidas pela abordagem qualitativa, este trabalho se caracterizou também por ser um estudo de caso, exploratório e descritivo.

O estudo de caso é uma pesquisa cujo objeto é a análise profunda de uma unidade de estudo, possibilitando investigar detalhadamente um número limitado de indivíduos, instituições ou grupos (Triviños, 1992; Polit, Hungler, 1995). Uma das suas características é dada por duas circunstâncias principais, que são a natureza e a abrangência da unidade (Triviños, 1992), cuja complexidade e dinamismo próprio desenvolvem uma situação rica em dados descritivos e de uma forma contextualizada, considerando a multiplicidade de dimensões presentes em determinada situação ou problema (Lüdke, André, 1986).

De acordo com Lüdke e André (1986), os estudos de caso têm por escopo a descoberta, e, portanto, ainda que parta de alguns pressupostos iniciais, o pesquisador deverá se atentar a novos elementos que podem emergir no decorrer do estudo, apreendendo os aspectos ricos e imprevistos que envolvem uma dada situação.

Esta forma de pesquisa qualitativa possui uma fase exploratória que consiste no contato com o fenômeno observado (Lüdke, André, 1986), permitindo ao pesquisador aumentar sua experiência em torno de um determinado problema, partindo de uma

hipótese e aprofundando o seu estudo nos limites de uma realidade específica, buscando antecedentes e maiores conhecimentos (Triviños, 1992).

Além disso, este estudo foi também descritivo por buscar o entendimento do fenômeno como um todo, na sua complexidade, considerando que todos os dados da realidade são importantes e devem ser examinados, porque o ambiente e as pessoas nele inseridas devem ser olhados holisticamente: “não são reduzidos a variáveis, mas observados como um todo” (Godoy, 1995, p. 62). Assim, segundo Triviños (1992), o estudo descritivo, quando junto do estudo de caso, tem por objetivo aprofundar a descrição de uma realidade delimitada.

A fase exploratória do campo desta pesquisa deu-se através do estabelecimento de uma estratégia de entrada em campo, ou seja, o momento em que foram previstos os detalhes do primeiro impacto da pesquisa, pensando em como apresentá-la, como se apresentar, a quem se apresentar, através de quem, com quem estabelecer os primeiros contatos. Portanto, através de um encontro com o gerente do serviço, e de um primeiro encontro com os participantes da pesquisa (este posteriormente ao parecer favorável do Comitê de Ética da Secretária de Saúde do Município de São Paulo), tive estas idas ao campo, antes do trabalho mais intensivo, e, através delas, obtive um maior conhecimento acerca da realidade a ser investigada (Minayo, 2004).

Neste estudo pensamos, à luz dos referenciais teóricos utilizados, o quanto seria importante utilizarmos técnicas de pesquisa que também considerássemos como uma alternativa, através da qual pudéssemos navegar no cotidiano dos afetos do trabalho em saúde, mapeando as situações ali percorridas numa verdadeira **cartografia do cuidado**, na tentativa de “[...] dar voz àquilo que surge constantemente na atualidade de seu tempo, procurando não excluir o que é estranho ou angustiante por não ser previamente mapeado” (Aragon, 2003, p. 16, grifo nosso).

Olhando nesta direção, Rolnik (1989) traduz a cartografia como um “desenho” que acompanha e se faz simultaneamente ao “desmanchamento” de certos mundos - sentidos que se perdem - e a formação de outros mundos (e sentidos), mergulhando na geografia dos afetos e ao mesmo tempo inventando pontes de linguagem para fazer sua travessia.

Para Franco e Merhy (2007), as ferramentas cartográficas, postas sobre os processos de trabalho, possibilitam captar os movimentos contínuos e descontínuos do trabalho vivo, em sua dinâmica, através do “olho vibrátil” do cartógrafo que, ao vibrar

com as intensidades, abre-se para os seus afetamentos e por isso pode percebê-las como expressões do mundo da produção no campo da saúde.

3.2 COLETA DE DADOS

Por termos realizado o estudo de Iniciação Científica no Distrito de Saúde em que se encontra a Unidade Básica escolhida para ser o cenário desta pesquisa, este serviço havia sido um dos locais em que coletáramos dados naquela ocasião, e a razão de nossa opção atual deu-se mediante termos identificado, a partir da investigação pretérita, uma organização de trabalhadores que configurava nessa UBS uma equipe de saúde mental para o cuidado aos usuários em sofrimento psíquico. Este fato, por si só, revelara-se como singular quando tomamos como referência as características de atendimento em saúde mental dos demais serviços da rede básica de saúde que haviam sido investigados (Caçapava, Colvero, 2006).

Sendo assim, entrei em contato com o gerente do serviço e levei até ele a idéia de desenvolver lá o novo projeto de pesquisa, explicando-lhe os objetivos do mesmo. Marcamos um primeiro encontro, e neste momento o questiono sobre uma informação que eu não possuía: *quais as categorias profissionais dos trabalhadores de saúde que realizavam o atendimento em saúde mental no serviço?*

Desta forma, o gerente da unidade listou-me os profissionais de diferentes formações envolvidos com o cuidado em saúde mental na UBS, explicando-me que conversaria com eles sobre a ida de uma pesquisadora ao serviço para apresentar os objetivos de uma pesquisa a ser lá realizada e convidá-los a dela participarem. A partir de então, uma nova ida ao serviço foi agendada junto ao gerente sob a perspectiva de uma apresentação da pesquisadora e do projeto, e neste encontro pude marcar com aqueles que aceitaram participar da pesquisa as datas em que ocorreria a coleta de dados.

A coleta de dados deu-se a partir de duas técnicas, a saber: *grupo focal* e construção coletiva do *fluxograma analisador* por este grupo, ferramentas através das quais pudemos apreender o processo de trabalho e o significado e o sentido do cuidado em saúde mental, sob o olhar de trabalhadores de um serviço da rede básica de atenção

à saúde. Além disso, utilizamos um questionário de caracterização dos trabalhadores (Anexo C), que acreditamos ser importante na composição da metodologia de pesquisa por trazer a esta um maior número de informações sobre os seus participantes e conseqüentemente sobre o cenário daqueles que fazem parte da composição de “saberes” e “fazeres” do serviço.

A seguir, discorreremos, mais detalhadamente, sobre o grupo focal e o fluxograma analisador.

3.2.1 Grupo focal

Quanto ao grupo focal, nossa opção pode ser compreendida no contexto de sua própria definição, segundo Kind (2004) uma técnica de pesquisa que utiliza a interação grupal para produzir dados e *insights* que levam em conta o processo do grupo, tomados como maior do que a soma das opiniões, sentimentos e pontos de vista individuais em jogo; ou seja, como o exercício de aprender a pensar coletivamente.

Sem perder de vista o que foi dito – e em plena conexão com o que discutiremos neste momento – assim como fizeram alguns autores (Servo, 2007), resolvemos nos subsidiar nos postulados de Pichón-Rivière sobre *grupo operativo* para apoiarmos nossa escolha em relação à técnica de pesquisa do grupo focal.

Segundo Pichón-Rivière (2005), um grupo obtém uma adaptação ativa à realidade quando adquire *insight* e torna-se consciente de certos aspectos de sua estrutura e dinâmica, aberto à comunicação, em pleno processo de aprendizagem social, em relação dialética com o meio, em que existe uma maior possibilidade de questionamento e, assim, de uma produção nova.

Andrade (1986), ainda sobre o grupo operativo de Pichón-Rivière, tece suas reflexões sobre o mesmo como um “espaço didático”, implicado com a informação, a emoção, a produção. Refere-se à *informação* não como o conhecimento oferecido a um registro de memória, mas àquela que leva em conta o contexto em que a aprendizagem se desenvolve, a consciência da influência desse ambiente no próprio processo, e a influência da *emoção*, determinante para tornar uma comunicação acessível ou não, deformando-a ou negando-a. Sendo assim, resultando da relação entre a *informação* e a

afetividade – como parte do processo – a *produção* significaria não apenas a transformação de dados, mas a aquisição de instrumentos para uma nova busca.

Particularmente em nossa pesquisa, chamou-nos atenção a leitura de Baremblytt (1986) da teoria de Pichón-Rivière, sobre grupos operativos, quando aquele autor refere-se a eles como capazes de revelar os conteúdos ideológicos subjacentes às tarefas de todos os grupos, propondo-se à realização de grupos interdisciplinares, nos quais a análise das dificuldades da tarefa se faz de diferentes ângulos. Por esta razão, entendemos que o grupo teria a potência de interpenetrar, entrelaçar, provocar sínteses entre elementos incompatíveis, deflagrando efeitos transversais (Baremblytt, 1992), já que a transversalidade, segundo Guattari (2004) apud Galetti (2007, p. 21), é “uma dimensão [...] que tende a se realizar quando ocorre uma comunicação máxima entre os diferentes níveis e, sobretudo, nos diferentes sentidos”.

Do ponto de vista de sua operacionalização, a literatura nos traz que a discussão do grupo focal se faz em reuniões das quais participam de 6 a 12 pessoas, escolhidos a partir do interesse as pesquisa, e cuja abrangência do tema pode exigir uma ou várias sessões de discussões (Minayo, 2004). A duração média sugerida para cada grupo é de 90 a 120 minutos (Kind, 2004).

Além disso, é preconizado que além do moderador – com a função de coordenar as interações grupais, criando um ambiente que encoraje os participantes a compartilharem pontos de vista (Veronese, Oliveira, 2006) – haja um observador, cujas atribuições envolvem, principalmente: as impressões subjetivas e sensações; seus pensamentos sobre a dinâmica e a atenção aos vetores do campo grupal durante todo o processo de observação, desde a abertura ao fechamento do processo; o registro dos momentos mais significativos da dinâmica do grupo em cada encontro (Servo, 2007).

Para a operacionalização dos grupos, recomenda-se também a utilização de um roteiro para a condução do grupo (Anexo D), que tem por principal função guiar o moderador durante o processo grupal; no entanto, o roteiro deve ser flexibilizado para atender ao movimento do grupo, através de possíveis mudanças na ordem das perguntas e nos temas propostos - com a introdução de novos, por exemplo (Costa, 2005).

Segundo Minayo (2004, p. 99), esse roteiro é um instrumento que visa à apreensão do ponto de vista dos atores sociais previstos nos objetivos da pesquisa, um instrumento que deve ser o facilitador da abertura, da ampliação e de aprofundamento da comunicação, de modo que cada questão que se levante faça parte do delineamento do objeto e que todas se encaminhem no sentido de lhe dar forma e conteúdo,

“contribuindo para emergir a visão, os juízos e as relevâncias a respeito dos fatos e das relações que compõem o objeto, do ponto de vista dos interlocutores”.

3.2.2 Fluxograma analisador

Nesta mesma lógica, somamos ao grupo focal o fluxograma analisador, definido por Franco (2003) como um diagrama utilizado para “desenhar” todas as etapas do processo de trabalho, a partir da trajetória do usuário no serviço, a saber: a entrada ou saída do processo de produção de serviços; os momentos de decisão para a continuidade do trabalho e o momento de intervenção, ação sobre o processo:

Procura-se, com o Fluxograma, interrogar a micropolítica da organização do serviço de saúde e, assim, revelar as relações ali estabelecidas entre os trabalhadores e desses com os usuários, os nós - críticos do processo de trabalho, o jogo de interesses, poder e os processos decisórios. Pretende-se, assim, ao retratar todos os processos e interesses implicados na organização do serviço, revelar áreas de sombra que não estão claras para os trabalhadores do serviço (Ministério da Saúde, 2005, p. 77).

Segundo Merhy (1997a, p. 137), o método escolhido para realizar entre os trabalhadores de saúde uma reflexão que almeje a análise dos serviços e/ou estabelecimentos de saúde deve ser competente para lançar um olhar crítico e interrogador das diversas questões implicadas na micropolítica da organização do processo de trabalho e da tecnologia das relações, formando, neste processo, “sujeitos”.

Por esta razão, optamos pela construção do fluxograma como um modo de olhar o que acontece na operacionalização do trabalho em saúde mental na UBS através do manejo da tecnologia-leve “acolhimento”, pressupondo-o como campo privilegiado do “saber fazer” no contexto das relações entre os trabalhadores e destes com os usuários, determinante, portanto, das energias criativas e criadoras no “tecer” do cuidado (Merhy, 1997a).

Quanto à representação gráfica de todas as etapas do processo de trabalho, através do fluxograma, ela é feita com a utilização de três símbolos: a elipse como a entrada ou saída do processo de produção de serviços; o losango indica os momentos de

decisão para a continuidade do trabalho e, o retângulo, o momento de intervenção, de ação sobre o processo.

Figura 1 – Exemplo de fluxograma analisador

Fonte: Franco TB. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). P. 161-197. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli R, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 161-98.

Para que pudéssemos produzir o fluxograma com os trabalhadores, propusemos que eles escolhessem um “usuário típico” sobre o qual se debruçariam para descrever a trajetória do mesmo no serviço, solicitando a eles que, nesta escolha, fossem levadas em conta algumas diretrizes propostas por Carvalho, Merhy e Silva Jr. (2007, p. 116):

- estar há pelo menos seis meses freqüentando o serviço, o que possibilitaria um retrato mais condizente com a realidade de seu cotidiano de trabalho;
- ter passado pelo menos por três profissionais do serviço, para avaliar a integração das ações entre os profissionais e relações do serviço com o usuário (acesso, acolhimento, vínculo, responsabilização, resolubilidade e autonomia despertada no usuário).

3.3 LOCAL DO ESTUDO

O cenário escolhido para esta pesquisa é uma Unidade Básica de Saúde localizada no bairro da Freguesia do Ó, pertencente ao Distrito de Saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia, que por sua vez compõe a Coordenaria Regional de Saúde Norte, do município de São Paulo. Esse território caracteriza-se por uma grande demanda de saúde mental, o que se configura em um desafio para a produção do cuidado ao usuário em sofrimento psíquico (Caçapava, Colvero, 2006).

Trata-se de uma Unidade Básica que não possui o PSF como modelo de Atenção Básica, razão pela qual não nos aprofundamos, neste estudo, na discussão do mesmo, embora as diretrizes do Ministério da Saúde, no tocante às políticas de saúde mental, estejam a ela direcionadas, considerando a institucionalização desta Estratégia na maior parte do país (Brasil, 2007). Sendo assim, queremos dizer que reconhecemos a relevância deste debate, mas não daríamos conta de aqui esgotá-lo, diante do recorte teórico-metodológico pelo qual optamos.

3.3.1 Contextualizando o cenário de estudo: potencialidades do cuidado como ponto de partida

Dentre as estratégias de atenção à saúde mental identificadas no estudo de Iniciação Científica, revelando as potencialidades para o cuidado ao usuário em sofrimento psíquico na UBS a ser investigada, destacou-se uma parceria realizada entre este serviço e um Centro de Cooperativa e Convivência (CECCO)⁷. Esta singularidade acompanha o próprio cenário geográfico, já que o CECCO está localizado dentro da

⁷ Os CECCOs foram implantados no município de São Paulo a partir de 1989, dentro da proposta de formação de uma rede substitutiva aos manicômios, para servir como um elo mais próximo da comunidade, através de atividades para portadores de transtornos mentais, deficiências, idosos, crianças e adolescentes em situação de risco social, além de frequentadores habituais dos locais públicos e de livre circulação, onde essas ações preferencialmente se desenvolvem. Por tudo isso, o CECCO é considerado um serviço emblemático de promoção da inclusão, como opção das políticas públicas, buscando reinventar contratos nas relações humanas e institucionais, não mais sob a égide da doença e da tutela (Castanho, 2005; Lopes, 1999).

UBS, dividindo com ela o espaço físico. Isto porque, quando foi fundado, em 1991, localizava-se em um centro esportivo da região, mas a inadequação deste espaço ocasionou sua transferência para o interior da Unidade Básica, fato que acreditamos ser, por si só, uma “ponte” – embora não uma prerrogativa - para um trabalho interdisciplinar entre profissionais de ambos os serviços - e porque não considerá-lo um trabalho intersetorial, já que o CECCO prioriza a realização de suas oficinas fora dos muros da instituição, articulando-se aos demais equipamentos do território, sobretudo os de cultura, esportes e lazer, além da importância de sua parceria com uma Associação que possui um núcleo de geração de renda e trabalho, reunindo voluntários da comunidade, familiares, usuários e trabalhadores de equipamentos de saúde mental da região norte do município de São Paulo.

À época da coleta de dados do estudo anterior, a UBS e o CECCO organizavam seus processos de trabalho para realizarem, de forma conjunta, o acolhimento ao usuário com necessidades no campo da saúde mental. Esta parceria, segundo o depoimento do gerente da UBS, deu-se devido à reunião de dois fatores: a grande demanda de pessoas em sofrimento psíquico e/ou transtornos mentais, que chegavam ao serviço, e a possibilidade (e disponibilidade) dos trabalhadores do CECCO, com suas competências e habilidades neste campo específico – e experientes no manejo das tecnologias leves, sobretudo o acolhimento – serem “facilitadores” desses *saberes e fazeres* aos trabalhadores da UBS. Por isto mesmo, o acolhimento realizava-se em dupla – um profissional do CECCO e um da UBS (Caçapava, Colvero, 2006).

No entanto, na primeira conversa que tivemos com o gerente da Unidade Básica, descobrimos que naquele momento o acolhimento não estava mais se realizando em parceria com o CECCO, pois, segundo aquele trabalhador, a UBS havia se capacitado, qualificando-se a receber a demanda de usuários em sofrimento psíquico, a partir de uma reorganização de seus processos de trabalho para o cuidado em saúde mental. Em contrapartida, a parceria com o CECCO continuava para a realização de outras atividades, como as oficinas “Cozinha Experimental”, “Pensando Leve” (de caráter educativo em saúde, sobre alimentação saudável), “Origami” e “Tai-Chi-Chuan”.

Vale dizer que, quanto à oficina “Cozinha Experimental”, esta se vinculava ao núcleo de geração de renda e trabalho da já referida Associação - mais precisamente ao grupo “Alimentação Delícias do Ó”.

Desta forma, podemos fazer uma leitura desta integração entre CECCO e UBS, engendrada pela interdisciplinaridade, como uma possibilidade de aglutinar em grupos

heterogêneos - que incluem os portadores de transtorno mental e de sofrimento psíquico - *as pessoas e seus interesses*, e não seus diagnósticos, buscando reinventar contratos nas relações humanas e institucionais, não mais sob a égide da doença e da tutela (Lopes, 1999), e sim, da construção de uma *rede cuidadora*, que, não sendo restrita aos serviços de saúde, pressupõe a articulação com outros recursos da sociedade; uma rede de apoio e solidariedade para a população em geral, através da arte, da convivência e do trabalho cooperado (Lopes, 1999).

Além desta articulação com o CECCO, outra potencialidade que observamos, a partir do estudo anterior, no tocante às estratégias de produção do cuidado em saúde mental, na UBS, era a existência de reuniões quinzenais entre a equipe de saúde mental (mas que era aberta a todos os profissionais do serviço e também do CECCO), para a discussão dos casos de saúde mental.

Também depreendemos que os processos de trabalho relacionados às práticas complementares – Medicina Tradicional Chinesa (MTC) e Homeopatia – trouxeram para os profissionais de saúde a reflexão sobre um novo *modo de cuidar* do usuário, já que, a partir dessas práticas, os profissionais da UBS passaram a reconhecer a importância da percepção da doença não como um fenômeno isolado, mas como parte de um contexto maior, em que o processo saúde-doença é visto como uma extensão do *modo de vida* das pessoas (Theodósio, 2002).

Nesta perspectiva, para Pinheiro e Luz (2001), as razões da busca recente por terapêuticas alternativas estão relacionadas a uma lógica que tem como objeto não a doença, mas o sujeito em desequilíbrio, o indivíduo em sua totalidade, introduzindo, portanto, novas racionalidades em saúde, as quais consideraram os aspectos sócio-culturais como elementos explicativos de utilização dos serviços de saúde pela população, assim como a formação de suas demandas.

Entretanto, é preciso deixar claro que nosso objetivo, na pesquisa anterior, não era – e nem é, atualmente - estudar os processos de trabalho através dessas práticas complementares, e, por esta razão, não pudemos constatar se haveria de fato, na UBS, em relação a esses *sistemas alternativos*, o que Pinheiro e Luz (2001) designam como “coerências” entre saber e prática, diagnose e terapêutica, doutrina médica e agir médico.

Isto porque, ao lado destas autoras, acreditamos que, apesar do potencial transformador dessas práticas, não basta que o sistema médico utilizado e seu paradigma terapêutico sejam transformados para que essas novas formas de cuidado

possam expressar-se como acolhedoras, integrando diferentes sujeitos; para isto, Machado, Pinheiro, Guizardi (2006) nos trazem que é preciso, concomitantemente, modificar as relações existentes no cotidiano dos serviços de saúde, e é sobre essas relações que iremos nos debruçar...

No entanto, a partir do estudo anterior pudemos obter algumas pistas nessa direção, observando que os processos de trabalho concernentes às práticas complementares - através do atendimento em homeopatia e do ambulatório de MTC - incorporaram à caixa de ferramentas dos profissionais médicos as tecnologias leves em saúde, na medida em que a partir dessas práticas estes trabalhadores foram descobrindo a importância da escuta e do vínculo na conformação das relações entre médico e paciente, por meio de uma nova percepção de doença que passa a concebê-la como um desequilíbrio entre mente, corpo e espírito (Caçapava, Colvero, 2006).

Já com a presente pesquisa, pudemos corroborar a sinergia entre a introdução dessas práticas complementares e o ato de disparar, nos trabalhadores, um movimento de reflexão coletiva diante da crescente demanda de saúde mental da Unidade Básica, produzindo um novo modelo de cuidado em saúde mental, através do trabalho em equipe e da criação de dispositivos a ele relacionados - e, com isso, uma nova organização dos processos de trabalho em saúde no serviço, que passaram a incorporar, de forma sistematizada, ações no campo da saúde mental.

3.3.2 Caracterização do território

O Distrito de Saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia possui um dos piores índices de saúde do município, encontrando-se na 25^a. posição no ranking entre as 31 Subprefeituras (Secretária Municipal de Saúde, 2006).

As ações de saúde do Programa Saúde da Família, com 42 equipes na região, apresentam uma taxa de cobertura de apenas 35,97% (Secretária Municipal de Saúde, 2004).

Neste Distrito, há 101 favelas, sendo que a taxa de crescimento atual das pessoas que habitam estes locais é de 3,68%. No cenário do município de São Paulo, em sua totalidade, há um total de 2018 favelas, com uma taxa de crescimento da população de 2,97%. Dos chefes de família, 41,80% possuem apenas o Ensino Fundamental completo

- em sua totalidade, o município de São Paulo possui 49,69% dos chefes de família com o Ensino Fundamental completo. A média de anos de estudo dos chefes de família é de 6,55, enquanto que no município de São Paulo, é de 7,67 anos (Secretária Municipal de Saúde, 2004).

Destes chefes de família, 55,72% destes possuem rendimento de até cinco salários mínimos, enquanto que no total, o município de São Paulo possui 47,55% de chefes de família com rendimento mensal de até cinco salários mínimos (Secretária Municipal de Saúde, 2004).

O Distrito Administrativo (DA) da Freguesia do Ó, “recorte” que é cenário de nosso estudo, é constituído por uma população de 141.462 habitantes, numa área territorial de 11,09 km² (SEADE, 2007). A área de abrangência da UBS estudada possui uma população de aproximadamente 28.117 habitantes, segundo o censo de 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sendo que sua distribuição apresenta uma média de três habitantes por domicílio. Quanto à distribuição por faixa etária, 57% da população tem entre 18 e 54 anos; 26,8%, entre 1 e 17 anos; 14,6%, acima de 54 anos e apenas 1,5%, menos de 1 ano (IBGE, 2000).

Tabela 1 - Distribuição do número e porcentagem da população residente por grupos de idade, na área de abrangência da UBS estudada - 2000

FAIXA ETÁRIA	TOTAL	%
Menor de 1 ano	422	1,5
De 1 a 4 anos	1.687	6,0
De 5 a 9 anos	2.025	7,2
De 10 a 17 anos	3.824	13,6
De 18 a 29 anos	6.074	21,6
De 30 a 54 anos	9.982	35,5
De 55 anos e mais	4.105	14,6
TOTAL	28.117	100

Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico: Brasil, 2000. Rio de Janeiro; 2000.

Segundo Theodósio (2002), a região não possui comércio desenvolvido, registrando-se pequenas indústrias esparsas, muitos bares pequenos, cabeleireiros, padarias, um supermercado de porte médio, vários pequenos mercados e uma loja de materiais para construção de grande porte. Sendo assim, o comércio existente não é suficiente para proporcionar emprego em quantidade razoável, sendo o desemprego uma realidade e um motivo de muitas queixas por parte dos usuários da UBS. Quando empregados, prevalece o trabalho informal (pedreiros, encanadores, empregadas domésticas, etc.).

As ruas da região são pavimentadas; as casas, de alvenaria, sendo que a maioria delas está inacabada. Nas antigas áreas de favelas, as moradias, além de inacabadas, assemelham-se a cortiços. A região apresenta escolas em quantidade suficiente, porém a evasão de adolescentes das mesmas é grande. Há deficiência em creches e ausência de equipamentos ou áreas de lazer coletivos (Theodósio, 2002).

3.3.3 Caracterização do serviço

A UBS estudada existe desde 1954 e surgiu como um “posto de puericultura”, através de uma reivindicação popular por vacinação e atendimento em pediatria. A população, então, recebe a doação de um prédio por um construtor de imóveis e o Estado contrata funcionários. Posteriormente, como este construtor precisou utilizar o imóvel, alugou uma nova casa que abrigasse a unidade de saúde, e, já na transição da década de 70 para a década de 80, de um posto de puericultura o serviço torna-se um Centro de Saúde II, com o aluguel da mesma casa agora sob responsabilidade do Estado. Em meados da mesma década, o Centro de Saúde II se constitui em uma Unidade Básica de Saúde. E em 1983 se configura neste serviço o primeiro conselho popular de saúde (Theodósio, 2002).

Em 1998, a UBS passa a integrar também o Ambulatório de Medicina Tradicional Chinesa (MTC) com práticas de acupuntura, práticas físicas chinesas e meditação, idéia que surgiu a partir de um grupo de profissionais médicos (dentre eles o gerente do serviço) que se conhece em um curso voltado para a MTC, em um hospital do município de São Paulo, e se engaja na possibilidade de trazer estas práticas para o serviço público, através de uma experiência pioneira. O conselho popular de saúde foi o

grande apoiador do projeto, realizando um bazar comunitário que angariou dinheiro para que fossem adquiridos os primeiros materiais necessários à prática da acupuntura. Em 2000, a UBS incorpora também a homeopatia à produção do cuidado ao usuário (Theodósio, 2002).

Quanto à caracterização do seu atendimento à população, a UBS desenvolve práticas de saúde discriminadas como: Clínicas Básicas (Clínica Geral, Pediatria e Ginecologia/Obstetrícia); Medicina Tradicional Chinesa/ Práticas Físicas Chinesas; Meditação; Homeopatia; Saúde Mental; Acolhimento; Visita Domiciliar; Planejamento Familiar; Farmácia; Vacinação; Vigilância Epidemiológica; Atendimento de Enfermagem; Oxigenoterapia Familiar; Parcerias com o CECCO Freguesia do Ó e a Associação 18 de Maio.

Em relação às categorias dos profissionais de saúde, temos que a UBS conta os seguintes trabalhadores: um clínico-geral; dois pediatras; um ginecologista e obstetra; cinco acupunturistas; um homeopata; dois psicólogos; um assistente social; dois enfermeiros; um dentista; um técnico de farmácia; dois atendentes de consultório dentário; nove auxiliares de enfermagem; um atendente de enfermagem; dois instrutores de práticas físicas.

Dentre as patologias mais atendidas pelos profissionais – nas quais se incluem diabetes não insulino-dependentes, hipertensão arterial, miomas uterinos, AVC, fibromialgias, asma brônquica, etc. – figuram a “síndrome do pânico” e as descritas como da ordem da saúde mental.

3.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Pensando nos objetivos do estudo, realizamos esta pesquisa com os trabalhadores da UBS que atendem os casos de saúde mental e são nominados no serviço como equipe de saúde mental. Esta composição deu-se, portanto, através da participação dos seguintes profissionais: psicólogo (dois); assistente social (um); auxiliar de enfermagem (um); enfermeiro (um); médico (cinco).

Os médicos que participaram do estudo nos relataram que são todos acupunturistas; três deles são também pediatras; há um homeopata e um clínico geral.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

De acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (Brasil, 1996) - que estabelece as diretrizes para a pesquisa envolvendo seres humanos nas instituições do país - submetemos este trabalho à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretária de Saúde do Município de São Paulo (CEP/SMS), do qual obtivemos a aprovação em 27 de novembro de 2007, por meio do parecer nº. 283/07 (Anexo A).

Quanto à abordagem dos sujeitos de pesquisa, assim que o projeto foi aprovado pelo CEP/SMS, realizamos anteriormente à coleta de dados, um encontro com os trabalhadores da UBS que consistiu na apresentação da pesquisadora, dos objetivos da pesquisa e da metodologia do grupo focal e do fluxograma.

Nesta conversa, pude esclarecer os trabalhadores, acerca: da garantia de recusa dos participantes ou da interrupção de sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem que tenham nenhum tipo de prejuízo; da garantia do sigilo, da identidade e da privacidade dos sujeitos de pesquisa, quando da transcrição das falas e incorporação das informações em textos acadêmicos; dos objetivos da pesquisa e dos procedimentos de coleta de dados. Além disso, deixei claro, aos trabalhadores, o meu compromisso em não prejudicar a rotina de trabalho dos mesmos na unidade de saúde, e, portanto, explicitiei minha disponibilidade à negociação de datas e horários para a realização dos grupos focais, visando às necessidades do coletivo. Na data de realização do primeiro grupo focal, os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B) e após sua leitura sanamos suas dúvidas; assim, todos concordaram e assinaram.

4 CONSTRUÇÃO DA ANÁLISE DE DADOS

Para o tratamento desse material obtido, utilizamos a análise de conteúdo, do tipo temática. Para Bardin (1979), a análise de conteúdo define-se como:

“[...] um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos da descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens” (p. 42).

Já a análise temática, de acordo com Minayo (2004), é uma das técnicas de análise de conteúdo, que consiste em descobrir os “núcleos de sentido” que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem algo para o objetivo analítico visado, encaminhando-se qualitativamente à presença de determinados temas que denotam os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso.

Portanto, frente às transcrições das gravações das discussões dos cinco encontros dos grupos focais, do material gráfico produzido no *flip chart* durante a construção do fluxograma e do registro da dinâmica de cada um desses encontros através das anotações dos observadores, deu-se a produção de diferentes textos cujo processo foi organizando os depoimentos obtidos em cada encontro, no sentido de “dar corpo” ao tema da pesquisa e fundamentalmente responder aos objetivos do estudo sob a orientação que nos foi possibilitada pelos roteiros utilizados. Desta forma, debruçamos intensamente sobre este material e nos “impregnamos” pelo seu conteúdo, através de uma leitura repetida dos relatos, para que deles emergissem os “núcleos de sentido” presentes na comunicação e pudéssemos agrupar os dados, escolhendo as categorias empíricas que comandariam a especificação dos temas, face à fala dos entrevistados (Minayo, 2004).

Quanto ao fluxograma, gostaríamos de registrar que o consideraremos uma ferramenta tanto de **coleta de dados** – por ser, nos espaços produtores do cuidado, o desenho do processo de trabalho, “buscando percorrer os caminhos percorridos pelo usuário, quando procura assistência e sua inserção no serviço” (Franco, 2003, p. 165) - quanto de **análise** do material que vai sendo obtido com este “mapeamento” durante o

próprio processo de sua produção, na medida em que a construção do fluxograma, na perspectiva do coletivo, além de buscar o registro da memória da equipe que participou do cuidado, permitindo a detecção dos problemas decorrentes da assistência à saúde, tem o efeito de formar uma opinião entre os trabalhadores em torno da realidade e conduzir a equipe à reflexão da organização do processo de trabalho (Franco, 2003).

Ou seja, segundo Franco (2003, p. 165), ao construirmos o fluxograma, é como se “[...] lançássemos luz em áreas de sombra até então não percebidas [...]”. Então, o fluxograma nos auxiliou na análise do material obtido, nas dinâmicas de grupo, confirmando contradições e novos sentidos...

Além disso, a releitura do desenho do fluxograma, no papel pardo, foi também objeto de uma análise posterior à que ocorreu no processo de sua construção, porque se constituiu em momento no qual a memória da pesquisadora buscou o registro dos elementos discutidos e da “viagem” percorrida, através do qual surgiram *insights* preciosos.

Sendo assim, as técnicas de coleta de dados que utilizamos em nossa pesquisa nos permitiu que definíssemos, com base na riqueza do material obtido através delas, quatro categorias empíricas para apresentar os resultados e interpretá-los, desenvolvendo os temas agrupados em “núcleos de sentido”: 1- O mapa afetivo dos primeiros agenciamentos: o conflito como motor de mudanças; 2 - O acolhimento como um analisador da organização do trabalho em equipe; 3- Trabalho em equipe e acolhimento: as (inter) faces singular e coletiva do trabalho; 4- Reconhecendo a experiência cotidiana do trabalho como um movimento de *invenção e reinvenção*.

No entanto, antes que iniciemos a apresentação dos resultados e sua discussão, iremos, à maneira de um diário de bordo, relatar a experiência da produção dos grupos focais – na qual a construção do fluxograma se inseriu – situando o leitor face aos caminhos percorridos nesta trajetória, ao olhar de Baremblytt (1998, p. 9), sobre cartografia, “sempre experimental, sempre aventureira”, centrando-nos na dinâmica do grupo focal em si, como técnica de pesquisa, buscando mostrar o que foi provocado pelo processo grupal enquanto dispositivo gerador de reflexões críticas, descobertas e potenciais transformações nos sujeitos envolvidos e no serviço.

Decidimos estruturar o trabalho desta forma, pois, devido à potência com a qual o processo grupal de coleta de dados foi se revelando, a cada passo desta cartografia do cuidado em saúde mental na UBS estudada, acreditamos que omitir o relato desta experiência seria empobrecer o conteúdo da dissertação e abrir mão de uma parte da

produção de subjetividade emergente nas descobertas do pesquisador, que também mergulha nesta viagem ao ser dela co-protagonista...

4.1 RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA: O GRUPO FOCAL E A CONSTRUÇÃO DO FLUXOGRAMA COM OS TRABALHADORES

É preciso não esquecer de ver a nova borboleta nem o céu de sempre
(Cecília Meirelles)

4.1.1 A operacionalização do grupo focal

As reuniões para os grupos focais se realizaram na própria UBS, em uma sala ampla, arejada, com cadeiras suficientes para que todos sentassem e para uma disposição física adequada ao posicionamento da moderadora e dos observadores – favorável à acústica, visualização, localização e manipulação dos gravadores utilizados para a posterior transcrição dos encontros.

No início deste breve relato, vale destacarmos que ao longo dos cinco encontros realizados, a população participante foi flutuante; assim, no primeiro encontro contamos com dez trabalhadores; no segundo, com nove e nos três encontros subsequentes, com sete participantes. De forma geral, todos os que não puderam estar presentes nos encontros avisavam-nos antecipadamente ou deixavam recados com os demais, justificando sua ausência. As reuniões tiveram duração que variaram de 75 a 90 minutos, conforme a recomendação da literatura e o que fora acordado com os trabalhadores, para que não comprometessem seus horários de atendimento.

Além da moderadora (a pesquisadora) e dos trabalhadores de saúde, os grupos focais contaram com a presença de dois observadores. Fizemos esta escolha por uma dupla pensando no grupo numeroso de participantes que teríamos. Quanto à disposição dos assentos, procuramos arranjá-los de forma a promover a participação de todos, a interação dos olhares, a localização equidistante entre as pessoas no interior do mesmo

campo de visão e evitar que o moderador e os observadores ficassem um do lado do outro. Estes, então, posicionaram-se na sala ocupada de modo a uma melhor visualização dos participantes, o que proporcionou a atenção não só à dinâmica da atividade, mas também à comunicação não-verbal.

Segundo Paes (1996), a comunicação não-verbal é fundamental para o processo grupal desenvolvido por falar da essência dos indivíduos, de suas e emoções e pensamentos, mesmo que não haja verbalização de palavra alguma; sendo assim, ela compreende: sinais não verbais, ações ou movimentos corpóreos, o toque, a postura corporal, os sinais vocais, o espaço entre os comunicadores, os objetos utilizados, o tipo de corpo das pessoas envolvidas e o momento em que as palavras são ditas.

Sendo assim, após cada encontro realizado os dois observadores entregavam à moderadora as anotações sobre as dinâmicas realizadas; além disso, nestes momentos nos reuníamos para que eles pudessem fornecer informações acerca do desempenho da mesma, com críticas construtivas no sentido de apontar as falhas cometidas para que refletíssemos conjuntamente sobre as formas de suplantá-las. Os pontos positivos eram também comentados, com o intuito de explorar as potencialidades da dinâmica para uma ou outra direção.

Antes que a trajetória de nossa coleta de dados tivesse início, realizamos um encontro com os profissionais da UBS que possuíssem o perfil desejado para participar da pesquisa - ou seja, atendessem os casos de saúde mental no serviço – e tivessem interesse em contribuir com o estudo a ser desenvolvido. Neste dia, conseguimos então definir os participantes e agendar os cinco grupos focais previstos, o que facilitou sobremaneira a organização do nosso trabalho. O que também viabilizou a realização dos encontros, sendo uma idéia sugerida pelos próprios participantes, com a concordância de todos, foi utilizarmos a data e o horário que eram ocupados para as reuniões quinzenais de saúde mental.

É importante comentarmos que, felizmente, os participantes envolveram-se desde o princípio com a pesquisa, mostrando disponibilidade e atenção para com a moderadora e os observadores, e deixando-nos à vontade para utilizarmos o espaço físico oferecido, com todos os seus recursos (retroprojeto, lousa, mesa, cadeiras) e nos autorizando a fotografar, posteriormente, a ambiência do serviço também.

4.1.2 O conteúdo dos encontros – entendendo a potencialidade dos grupos focais

No primeiro encontro, segundo o roteiro previamente planejado, retomamos com os trabalhadores os objetivos da pesquisa, porque entre a reunião de apresentação do projeto e aquele dado momento, já decorrera cerca de um mês. Em seguida, houve um momento de apresentação dos observadores e participantes para então realizarmos com os últimos uma atividade de sensibilização, antes do início da discussão propriamente dita. Por fim, desenvolvemos a discussão de acordo com o que havia sido planejado a partir do roteiro, discorrendo, neste dia, sobre os temas do acolhimento e do cuidado ao usuário com sofrimento psíquico.

Para a sensibilização, o moderador solicitou a reflexão sobre uma experiência com um usuário portador de sofrimento psíquico, vivenciada no trabalho, que de alguma forma tenha sido significativa na vida profissional de cada um. Percebeu-se que de fato os trabalhadores se engajaram nesta atividade; concentraram-se, fecharam os olhos e, segundo a observação da comunicação não-verbal, mantiveram uma postura ora relaxada, ora tensa – percebida pelo semblante de calma ou angústia e movimento de braços e pernas - a depender da vivência interna subjetiva de cada um acerca da lembrança resgatada.

Embora não fizesse parte da proposta inicial, e, portanto, não houvesse sido solicitado pelo moderador, após o tempo concedido por este, um dos participantes pediu para relatar sua experiência com um usuário, aliás, do qual a maioria se recordava, por ter sido considerado “um caso marcante” na UBS, “complicado” e deflagrador de sentimentos de angústia e impotência para os profissionais envolvidos, segundo sua própria fala.

Foi interessante notar que este relato - mais do que a narrativa de um “caso” lembrado - constituiu-se também num verdadeiro “mapa do cuidado”, pois os participantes trouxeram à baila questões pertinentes aos caminhos percorridos pelo usuário na Unidade Básica, através de suas “passagens” por diversos profissionais, cada qual com suas intervenções e suas interações com a equipe de trabalho, na tessitura de uma rede de cuidados no serviço, com seus pontos fortes e frágeis, que vieram à tona como objeto de reflexões e análise sobre o cuidado realizado, em suas faces técnica e subjetiva (Machado, Colvero, 1999), numa perspectiva individual e coletiva.

Retomando a questão da operacionalização do grupo focal, no que diz respeito à subjetividade da pesquisadora, a faceta da flexibilidade e de certa imprevisibilidade da técnica de pesquisa, gerou, ao longo da coleta de dados, certa preocupação com relação à viabilização do planejamento prévio realizado, especialmente pensando-se na cronologia dos encontros agendados, na pontualidade de seu início e no tempo decorrido durante os mesmos – respeitando o limite de horário pré-estabelecido em contrato com os trabalhadores para não prejudicar suas atividades na UBS - o que demandou da moderadora a necessidade de ser zelosa quanto a estes aspectos, contando com o auxílio dos observadores para preparar o espaço físico utilizado e administrar o tempo. Além disso, pela experiência vivenciada, percebemos que uma competência fundamental do moderador é a sensibilidade para perceber a pertinência das questões levantadas pelo grupo e/ou do caminho tomado pelas mesmas, e a agilidade para redirecionar estas questões e/ou buscar atalhos em certos caminhos, visando ao alcance dos objetivos do estudo delineados no roteiro-guia.

É importante dizermos que, durante o primeiro grupo focal, percebemos equívocos quanto à formulação do roteiro; foram poucos, entretanto houve sim questões que julgávamos importantes para atingirmos os objetivos propostos e que se mostraram inócuas durante as discussões, porque foram muito semelhantes a questões anteriormente colocadas, não provocando eco junto aos participantes - consideradas pelos mesmos como repetitivas. No entanto, através de reflexão crítica do moderador e deste com os observadores, posteriormente às atividades, concluímos que este fato não se configurou como um limite do grupo focal, por ser apenas sintomático da necessidade de clareza das perguntas norteadoras e ser de fácil superação através de um rápido diagnóstico do problema e abortamento da questão durante a dinâmica, com conseqüente seguimento da discussão.

O segundo encontro com o grupo foi o momento escolhido pela moderadora para conversar com os participantes mais detalhadamente sobre a construção coletiva do fluxograma analisador, que se daria no terceiro encontro. Assim, os participantes foram informados sobre como seria o trabalho, quais os objetivos do mesmo; além disso, foi-lhes solicitado escolher o usuário típico acerca do qual nos direcionaríamos para atividade segundo as diretrizes teóricas que seguimos (Carvalho, Merhy, Silva Jr., 2007).

Neste mesmo dia, avisei-lhes que havíamos destinado dois dias para a realização do fluxograma, porém que talvez conseguíssemos terminar a atividade em um único dia

– mas, conforme já havíamos estimado, conseguimos finalizar a construção do fluxograma somente no quarto encontro.

Para a produção coletiva do fluxograma, chegamos ao local - a moderadora e os dois observadores - com cerca de uma hora de antecedência, a fim de prepararmos o espaço que constituiria o cenário de mais uma trajetória a ser percorrida nesta cartografia do cuidado. Tratava-se da mesma sala que vínhamos ocupando, a qual se divide em duas partes; desta vez, porém, utilizamos a parte menor, na qual havia uma lousa grande em que fixamos o *flip chart* confeccionado com duas folhas de papel pardo, para que desenhassemos de forma esquemática o mapa do cuidado em saúde mental do serviço, através do delineamento dos processos de trabalho desta equipe, nos quais os vários profissionais envolvem-se para produzir o cuidado, com seus lugares e relações.

Assim, antes que o terceiro grupo focal começasse, percebemos que havia certa ansiedade dos trabalhadores pelo início da realização do fluxograma, pois estes, ao mesmo tempo em que estavam agitados, conversando entre si e movimentando-se corporalmente, demonstravam curiosidade acerca de nossos preparativos, fazendo-nos algumas perguntas, principalmente sobre o *flip chart* e as canetas coloridas dispostas na mesa.

E, de acordo com o que já vínhamos fazendo, os participantes se dispuseram em círculo, agora orientados para a lousa; a moderadora ficou a maior parte do tempo em pé, registrando informações, “idéias” e percursos que eram trazidos, de modo que eles também conseguissem visualizá-los; os observadores mantiveram-se nas pontas direita e esquerda, e continuaram a dividir suas tarefas: enquanto um comunicava o tempo ao moderador, o outro assumia o controle dos gravadores.

Nesta dissertação, como haverá um capítulo dentro do qual discutiremos o fluxograma analisador, faremos por ora apenas uma breve passagem por este percurso. Mas é importante dizermos que ao final do mapeamento do cuidado ao usuário típico escolhido, colocamos em pauta questões dirigidas a todos os trabalhadores, que versavam sobre a abordagem dos profissionais em sua prática do cuidar e a interação entre os mesmos (Anexo D).

Portanto, no segundo, terceiro e quarto encontro do grupo focal, a temática privilegiada foi o processo de trabalho em saúde mental na UBS, sendo que em dois deles, deu-se a construção do fluxograma analisador. E nestas etapas dos processos grupais obtivemos dados que, da perspectiva dos trabalhadores, versaram sobre a

organização do trabalho em saúde mental na UBS, na vertente dos limites e das potencialidades do trabalho em equipe e do acolhimento como uma tecnologia de cuidado que perpassa as relações entre os trabalhadores e destes com os usuários.

Sobre o quinto e último encontro do grupo focal, planejamos uma atividade nova a ser desenvolvida com os participantes, a qual será discutida oportunamente neste estudo. O que podemos adiantar é que, para aquele momento de síntese e finalização da trajetória de coleta de dados, nossa intenção foi buscar um dispositivo que, de acordo com as proposições teóricas que apresentamos, possibilitasse aos sujeitos implicados no processo de produção do cuidado em saúde mental, um espaço de discussão que problematizasse a experiência cotidiana face aos desafios e às situações das relações deste mundo do trabalho, carregadas de prazer e satisfação, mas também de desgaste e sofrimento. E, para este fim, esse dispositivo escolhido foi a **poesia...**

Assim, através dos grupos focais, pudemos mergulhar na afetividade do trabalho em saúde, compreendendo as dimensões subjetivas envolvidas no processo de trabalho em saúde mental, reconhecendo esta estratégia de coleta de dados como construtora de um espaço no qual se faz possível explicitar as dificuldades que se cristalizam no decorrer da vida cotidiana do trabalho (Servo, 2007).

Nesta direção, Franco e Merhy (2007, p. 3) nos trazem que a produção de um debate coletivo, ao problematizar as situações em conjunto, pode “re-significá-las” e transformá-las, “saindo dos ruídos, incômodos ou queixas para levá-las ao lugar de questões a serem enfrentadas com suas ações coletivas e pactuadas [...] na sua construção do cotidiano”. Além disso, a expressão dos conflitos vivenciados pelos trabalhadores nos serviços de saúde é um potente analisador das relações porque “expressa subjetividades operando na realidade, afeta os membros da equipe e em função dele, criam-se linhas de fuga, desvios” (p.9).

Para Deleuze (1997a, p. 9), “toda obra é uma viagem, um trajeto, mas que só percorre tal ou qual caminho exterior em virtude dos caminhos e trajetórias interiores que a compõe, que constituem sua paisagem ou seu concerto”. Assim, na cartografia da produção do cuidado em saúde mental na UBS, desenhada através dos relatos objetivos e subjetivos que obtivemos dos trabalhadores de saúde, participamos de uma viagem singular na qual nosso interesse, sobretudo, girou em torno da surpresa, da diferença, da inventividade (Baremlitt, 1998).

Portanto, acreditamos que grupo focal seja um *encontro autopoietico*, porque se constitui em situações que, mesmo transmissoras de angústia, são carregadas de

possibilidades de produção de vida (Merhy, 2007a), sendo uma experiência coletiva de criação que implica no encontro consigo e com o outro (Benevides de Barros, 2007).

Para finalizar este relato de experiência, gostaríamos de trazer que o grupo focal, como técnica de pesquisa qualitativa, mostrou para a pesquisadora/moderadora alguns desafios, sobretudo relacionados à sua operacionalização, para a qual são necessários: planejamento cuidadoso quanto ao cronograma dos encontros; habilidade na construção de um roteiro que se articule aos objetivos da pesquisa – que precisam ser muito claros; preocupação no manejo do tempo e na organização do espaço físico; a escolha do observador ou dos observadores, cujos requisitos principais são responsabilidade e dedicação; facilidade em comunicar-se; habilidade para trabalhar em grupo; autoconhecimento; disposição para a escuta; atenção à comunicação não-verbal, especialmente para perceber o momento de dar voz àquele que quer falar, mas não consegue se inserir na discussão.

No entanto, podemos dizer que os processos grupais realizados possibilitaram efeitos transversais aos trabalhadores (e à pesquisadora): a reflexão sobre as dificuldades e ruídos do cotidiano do cuidado e os caminhos para mudanças possíveis da realidade; o reconhecimento do sujeito no seu agir cotidiano; o desejo gerado, pelos encontros realizados, de engendrar novas redes de trocas afetivo-comunicacionais, no serviço, com a potência para a produção do cuidado numa perspectiva dialética e transformadora.

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA: QUEM SÃO, E COMO EXPERIMENTAM SEU TRABALHO NO COTIDIANO DO SERVIÇO

Esclarecemos que para preservar o caráter confidencial e sigiloso da pesquisa, seus participantes serão identificados com nomes fictícios, representados por *flores*. Apresentaremos sua caracterização quanto à idade, sexo, tempo de trabalho no serviço público, experiência anterior na área da saúde (privilegiando o trabalho em serviços de saúde públicos que realizam o atendimento em saúde mental) e tempo de trabalho na UBS.

Constatamos que 70% da população participante da pesquisa têm de 50 a 58 anos; 20%, de 41 a 49 anos e 10%, mais de 58 anos; 90% desta população é constituída pelo sexo feminino.

É curioso e interessante notar o que um dos observadores traz, em seu “diário de bordo”, sobre a questão do gênero, já que, nas narrativas produzidas sobre os grupos focais, comentam que o homem participante, ao contrário das mulheres, era bastante prático e objetivo em seus discursos; um deles descreve a seguinte percepção:

“As mulheres ao fazerem qualquer comentário demonstram necessidade de exemplificar tudo, são mais prolixas e querem expor, além dos fatos, suas angústias. Gerânio já sente a necessidade de ser mais prático - característica mais comum em homens”.

Acerca da experiência anterior no trabalho na área da saúde, 30% dos profissionais já trabalharam e/ou ainda trabalham, concomitantemente à UBS, em serviços públicos especializados que realizam atendimento em saúde mental: 10% deles, em ambulatório de especialidades; 10% em hospital psiquiátrico e 10% exercem ainda seu ofício no CAPS que é referência para o território.

Todos os profissionais trabalham no serviço público há pelo menos 15 anos, sendo que 40%, de 15 a 20 anos; 30%, de 23 a 28 anos e 30%, há mais de 28 anos. Quanto ao tempo de trabalho na UBS, apenas um profissional que participou da pesquisa (10%) trabalha lá há menos de 07 anos (há apenas 02 meses); 10%, há 07 anos; 40%, de 08 a 11 anos; 20% de 18 a 20 anos e um trabalhador há mais de 28 anos.

5.2 CATEGORIAS DA ANÁLISE TEMÁTICA

A verdadeira viagem de descoberta não consiste em procurar novas paisagens, mas em ver com novos olhares (Michel Proust)

Neste capítulo, traremos as quatro categorias empíricas definidas a partir da análise temática, que, recapitulando, são: 1- O mapa afetivo dos primeiros agenciamentos: o conflito como motor de mudanças; 2 - O acolhimento como um analisador da organização do trabalho em equipe; 3- Trabalho em equipe e acolhimento: as (inter) faces singular e coletiva do trabalho; 4- Reconhecendo a experiência cotidiana do trabalho como um movimento de *invenção e reinvenção*.

5.2.1 O mapa afetivo dos primeiros agenciamentos: o conflito como motor de mudanças

*A verdade jamais é pura e raramente é simples
(Oscar Wilde)*

A história deste capítulo sobre história é uma verdadeira metalinguagem e começa quando, na análise dos dados, em meio a tantas “leituras flutuantes” (Minayo, 2004) das transcrições obtidas dos encontros do grupo focal, a pesquisadora depara-se com um determinado recorte dos escritos, cujo conteúdo versava sobre os conflitos

enfrentados pelos trabalhadores até que a equipe de cuidados que se configurou como a *equipe de saúde mental* conseguisse, na UBS, trabalhar de um “*jeito redondo*”, conforme o relato dos participantes da pesquisa. Isto porque fomos nos deparando, nesse processo, com questões que remontavam ao início das práticas direcionadas ao usuário em sofrimento psíquico e/ou portador de transtorno mental na UBS, e como os trabalhadores foram superando os conflitos e dificuldades iniciais, buscando reflexões e ações conjuntas para alocar o usuário no território de cuidados do serviço.

Mas é interessante pontuarmos que, durante o grupo focal, essas questões foram surgindo em *flashback*; ou seja, a partir de opiniões, impressões, sentimentos e reflexões do momento presente, os trabalhadores fazem uma viagem ao passado para ressignificarem a lógica de suas práticas, as dimensões das transformações operadas em seu modo de cuidar, o trabalho coletivo, o cotidiano do mundo do trabalho em saúde mental. Desta forma, nossa tentativa objetiva seguir essa trajetória que de forma inesperada foi sendo percorrida pelos profissionais, quanto aos rumos e à cronologia do que foi sendo alinhavado...

Em um de nossos encontros, quando disparamos uma questão que visava discutir o que os trabalhadores consideravam necessário para se fazer trabalho em equipe, a primeira resposta, foi...“*as pessoas!*”. A partir de então, vimos que a nossa provocação inicial conduziu os participantes a um debate sobre as “*barreiras*” do trabalho em equipe na UBS, de uma perspectiva que problematizava a existência de profissionais “*resistentes*” a compor com o contexto dos cuidados ao usuário com necessidades no campo da saúde mental, no serviço.

Naquele momento, o objeto em pauta na discussão passa a ser delineado através de uma questão da própria organização do trabalho, porque os trabalhadores indagavam-se, no grupo focal, sobre o mecanismo interno de referência e contra-referência que ainda acontecia na UBS, não entre profissionais daquela equipe, mas partindo de outros que apresentavam esta dificuldade em se integrar e articular com os demais trabalhadores. Desta forma, uma das profissionais relatou lamentar o fato de colegas comunicarem-se entre si apenas no sentido burocrático de “encaminharem” pacientes; e mais, somente através de papéis:

“[...] agora só o papelzinho assim, fica muito complicado, encaminha para o profissional, mas o que é esse caso, porque que você está querendo encaminhar isso,

desde quando começou a ter esse sintoma, não sei o quê’... e eu não tenho a pessoa para poder conversar” (Amarílis).

Acerca dessa fragmentação que provoca um abismo na interlocução do cuidado entre os profissionais do serviço, conforme apreendemos da fala de Amarílis, podemos discuti-la da perspectiva de Emerson Merhy (2005, p. 1999), pois este autor faz uma discussão que consideramos fundamental a esse respeito, trazendo-nos que “a soma dos profissionais centrados não dá conta do vazamento que as lógicas que habitam a produção do cuidado contêm” (Merhy, 2005, p. 1999). Entendemos, com isto, que a singularidade de cada usuário dos serviços de saúde, com sua singular forma de conceber o mundo e viver a vida, e especialmente de lidar com o sofrimento psíquico, *transborda* os protocolos e a serialização dos modos de pensar e agir em saúde segundo os núcleos específicos de cada profissão, subvertendo, portanto, seus paradigmas profissionais que definem os domínios exclusivos dos saberes ou a predominância de dados objetos de suas ações.

Para o autor, o cuidado, se visto pelos profissionais deste lugar, não vai além de encontros mutuamente irritativos entre eles, reafirmando e reproduzindo territórios francamente instituídos entre as distintas profissões, no cotidiano do trabalho em saúde. Daí a tarefa de todos nós, trabalhadores de saúde, buscarmos novas formas de “engravidar” nossos atos com novos sentidos e significações, o que se constitui em um “ato de coragem” no sentido de nos transformamos em usuários do nosso próprio fazer, do fazer do colega ao lado, ou de toda a equipe...

De acordo com Merhy (2005, p. 201), o objeto simbólico do campo da saúde, o cuidado, “sobra e pede muito mais do que uma profissão pode lhe oferecer” e, portanto, entre o mundo dos seus trabalhadores, as “porosidades” que se localizam mais explicitamente na valise das relações - que opera as tecnologias leves - podem desterritorializá-los. Desta forma, as relações que não possibilitam o encontro dos núcleos profissionais, no sentido da articulação de saberes e fazeres para compor as valises tecnológicas e os projetos de intervenções em saúde do modo mais amplo possível, vai estabelecendo uma “lógica capturante” do mundo subjetivo do usuário e de seu modo de representar e construir necessidades de saúde, porque não é o caminho das tecnologias leves - aquele por onde o usuário entraria com o seu “mundo complexo”, de vontades, desejos, saberes, produção.

No grupo focal, então, um dos trabalhadores realiza uma reflexão crítica interessante, lembrando o grupo que, no passado, “*esta equipe também havia sido assim*”, porque, por muito tempo, todos trabalharam cada um em seu setor, sem conhecer o trabalho do outro. Pensativa, Amarílis concorda então com a fala deste colega ao dizer que, ainda que uma Unidade Básica tenha o psicólogo, o assistente social, o enfermeiro, etc., estes profissionais podem não conseguir formar uma equipe, trabalhando no mesmo local:

“Eu trabalhei aqui, eu já trabalho aqui há muitos anos e somente agora é que eu estou trabalhando em equipe [...].”

Segundo Gerânio, foi com a implantação das práticas da medicina tradicional chinesa, que a saúde mental começa a se “*encaixar*” nos processos de trabalho dos profissionais da UBS, porque estes passaram a perceber que a razão do adoecimento dos usuários se dava em decorrência de carregarem consigo algum tipo de sofrimento psíquico; isto porque, se eram olhados pelos médicos somente a partir dos sintomas que apresentavam, “*até melhoravam*”, mas, conforme um pingue-pongue, “*iam e voltavam*”, pois a questão emocional que os levava ao adoecimento permanecia lá, fazendo com que eles novamente adoecessem.

Entretanto, esse trabalhador desvela a dificuldade que os profissionais médicos tiveram no início destas práticas, para direcionarem sua ação de cuidado no sentido de enxergarem o usuário como alguém que, de acordo com Merhy (2005), também traz, além das formas corporais de sofrer, necessidades de ser escutado, vinculado, inserido em redes comunicativas com os outros:

“Quando olhamos isso, é uma avalanche de coisas que dá um pouco de medo para o médico com formação tradicional, formação aqui, ocidental, dá um pouco de medo se ele não é psiquiatra, de entrar nessa seara, e isso daí a gente teve que enfrentar aqui internamente [...]” (Gerânio).

Por esta razão, Gerânio nos conta que foi difícil convencer os médicos a entrarem na seara da saúde mental, por que:

“Das primeiras vezes ficavam todos bravos, muito bravos, o pessoal da acupuntura que são superabertos e muito legais, todos bravos, que não eram psiquiatra, que não eram psiquiatra [...]”.

Assim, de acordo com este profissional, demorou bastante tempo para que esta equipe de hoje começasse a se “*afinar*”, transformando suas práticas de saúde. De fato, a partir desta fala, pudemos corroborar que, entre a equipe estudada, houvera, no passado, modos de se produzir o cuidado em saúde que se davam a partir dos territórios nucleares das profissões, delineando um paradigma do cuidado em que o usuário era considerado como um corpo ou parte de um corpo, como um ser reduzido a um proceder profissional demarcado pelas diferentes especialidades, porosas entre si (Merhy, 2005).

Desta forma, em determinado momento da história do serviço, seus processos de trabalho se configuravam de uma forma individualizante, impermeável, contrariando a premissa que aponta como características que fortalecem um serviço de saúde, aumentando sua qualidade, a **permeabilidade**, a **dinamicidade** e a **multiplicidade de lugares/oportunidades comunicantes** (Saraceno, 1999).

No entanto, de acordo com a discussão no grupo focal, que em acerto momento se envereda pelo campo das práticas complementares, os participantes relatam que foi a partir do aumento da demanda de usuários com necessidades no campo da saúde mental, que os médicos acupunturistas começam a perceber, cuidando dessas pessoas, o quanto a anamnese que realizavam era insuficiente, o quão superficialmente eles entravam na “*parte mental*”. É então que surge, a partir dessas reflexões sobre o próprio agir profissional cotidiano, a seguinte interrogação:

“O que fazer com essa dificuldade sentida na hora em que o paciente faz uma queixa de um problema emocional, já que não podemos sacar a caneta e fazer uma receita na hora, para tirar aquele problema emocional?” (Gerânio).

E, durante esta discussão no grupo focal, os participantes nos contam que, àquela época, a resposta a esta pergunta foi a **valorização do ouvir**, em um contexto no qual atribuíram esta dificuldade à formação intervencionista dos profissionais da área da

saúde em geral – formação que consagra a construção de modos de cuidar centrado em procedimentos (Merhy, 2005).

Por conseguinte, como podemos evidenciar na fala dos trabalhadores:

“A gente aprende a intervir nas coisas, a pessoa vem, e ela se queixou disso e eu já aplico uma injeção, já dou um remédio, ponho um soro, enfio um tubo, eu abro, eu opero, eu faço e quando chega na parte da saúde mental não é assim, e daí dá esse ‘baque’, como é que é isso, como é que eu faço, ela vem queixar e eu não tenho nada, um tubo para enfiar, um termômetro para medir, eu não tenho nada” (Gerânio).

Em contrapartida Mattos (2001, p. 280) nos apresenta como um dos pressupostos da integralidade, dado o seu caráter polissêmico, “uma atitude dos médicos que se caracterizaria pela recusa a reduzir o paciente a um aparelho ou a um sistema biológico que supostamente produz o sofrimento e, portanto, à queixa deste”.

Neste sentido, a integralidade está associada à idéia de “juntar” partes que foram separadas anteriormente, porque no campo da saúde haveria muita coisa cindida, separada, fragmentada, demandando então muita coisa a ser integrada e diferentes apostas a respeito das partes que deveriam ser primordialmente integradas (Bonet, 2006; Teixeira, 2003).

Desta forma, acerca da dimensão dos encontros entre os trabalhadores de saúde e os usuários, a valorização do ouvir floresce como uma estratégia essencial para o cuidado em saúde mental, no sentido de apreender, de forma ampliada, as necessidades do usuário, superando a impermeabilidade desses encontros, os quais, por sua vez:

“[...] explodem como uma revelação de que agrupamentos de sujeitos colocam-se diante de outros agrupamentos, com a vontade e a ação de interditar o outro, inclusive no seu pensamento. Parece que o outro, como estrangeiro, é, para ele, um grande incômodo, não suportando a possibilidade deste existir nem como imaginador. Movimento que se dá em todos os lados, de uma a outro, sem parar” (Merhy, 2007, p. 26).

Portanto, podemos depreender que ao ver o usuário como um “estrangeiro”, o trabalhador interdita não apenas *o outro* - com a singularidade de seu sofrimento e de seus conhecimentos – mas também a si próprio, por desviar-se daquilo que dá sentido

ao trabalho em saúde: o usuário e seu mundo de necessidades e possibilidades (Merhy, 2007a).

Nesta perspectiva, acreditamos que houve uma busca dos participantes do estudo pelo “*re-criarsse*” em si no plano coletivo, em relação à transformação na forma de se produzir o cuidado na UBS, pois eles produziram-se novamente à medida que investiram no mundo do trabalho como protagonistas, repensando sobre o que estavam fazendo com o usuário em seu trabalho em saúde. (Merhy, 2007a).

Quanto ao que consideraram como o aspecto mais importante para se *fazer trabalho em equipe*, os profissionais elegeram a **comunicação**, e, nesta direção, o **saber ouvir**, o **vínculo** e o **trabalho em equipe** como os principais conhecimentos e habilidades importantes para cuidar de um portador de sofrimento psíquico. Desta forma, o acolhimento, como um analisador dos trabalhadores de saúde acerca da produção do cuidado, mobilizou a discussão dos participantes do grupo focal especialmente no tocante às relações afetivas entre os sujeitos envolvidos nos encontros realizados no serviço, sejam eles trabalhadores ou usuários, na perspectiva de um olhar crítico-reflexivo sobre as redes de conversa.

Assim, temos que na UBS, a partir do momento em que surge a necessidade de se pensar/conversar sobre uma forma de acolher o número crescente de usuários com sofrimento psíquico e/ou transtornos mentais, começam a surgir *espaços de troca* entre os trabalhadores, através de reuniões que discutiam a formação de uma equipe de acolhimento para a saúde mental, dispararam com este movimento o interesse dos profissionais em *conhecer o que o outro estava fazendo, e de que forma poderiam compor juntos*. Por conseguinte, Violeta traz ao grupo focal que, para ela:

“Foi a necessidade de acolher o paciente da saúde mental o primeiro motivo que aglutinou, que começou a aglutinar os funcionários da UBS, porque até então nós éramos todos funcionários da UBS e dificilmente trabalhávamos em equipe [...]”.

Logo, vimos que a coletivização dos espaços de discussão, na UBS - na perspectiva do acolhimento ao usuário portador de sofrimento psíquico e/ou transtorno mental, em composição com as interrogações sobre a lógica dos novos modos de cuidar relacionados às práticas complementares – foi um movimento essencial para agenciar os encontros dos sujeitos-trabalhadores-em-ação, produzindo relações e disparando, no

mapa destes encontros, possibilidades de novos desenhos, uma abertura para novas conformações cartográficas, efetivando, através do trabalho vivo em ato, a construção de um cuidado “parteiro” de palavras, significados e sentidos a partir da ressignificação de certas maneiras de conceber e agir no campo da saúde (Merhy, 2005; Franco, Merhy, 2007).

E, deste modo, colocou-se em questão, em relação à produção do cuidado em saúde mental, a importância de ampliar a compreensão do sofrimento e considerar as dimensões psicossociais do processo saúde-doença e a singularidade do sujeito e seus modos de adoecer, porque o sofrimento é tomado “como uma experiência dos sujeitos na sua totalidade, afetando todas as suas dimensões” (Lacerda, Valla, 2006, p.99).

Outro aspecto importante, considerando o espaço micropolítico da UBS, é que, para o profissional Gerânio, o trabalho entre eles passou a ser um trabalho em equipe quando os trabalhadores passaram a ter um objetivo comum, através do qual começaram a trocar conhecimentos; isto porque, em sua opinião, se não houvesse este “*terreno propício*” essa equipe “*não surgiria*”, pois “*se as pessoas não se interessassem pelas coisas que estavam acontecendo*” na Unidade Básica, “*isso nunca formaria uma equipe...*”.

Corroborando a idéia de Gerânio, podemos realizar sua intercessão com as *redes de conversa inclusivas* emprestadas de Merhy (2007b), compreendidas no conteúdo da fala de Tulipa:

“É importante que tenha esse grupo interdisciplinar mesmo, é importante que tenha todas as formas de ouvir, né... mas que a gente tenha uma coesão também, isso é uma outra coisa, que as pessoas entendam, dentro do serviço, porque você está fazendo aquilo e que a gente tenha uma coesão para poder trabalhar esse paciente, que a gente conte, troque...”.

Nesta perspectiva, a partir das discussões entre os profissionais, fomentadas por essas necessidades do serviço - sobre as quais eles se mobilizaram diante de um *objetivo comum* - concretizou-se um espaço quinzenal na UBS que passou a discutir as questões relacionadas à produção do cuidado em saúde mental, reunindo a equipe multidisciplinar em um movimento de integração e articulação entre os trabalhadores e fortalecendo cada vez mais a **comunicação**.

Segundo os trabalhadores, a comunicação entre eles foi se aprimorando com o passar do tempo e hoje em dia já extrapola os momentos de encontros formais, potencializando as trocas entre os trabalhadores, dinamizando os espaços de conversa no serviço e multiplicando as oportunidades/os lugares comunicantes, que podem se configurar, por exemplo, em uma “conversa” pelos corredores da unidade; segundo Amarílis, *“a gente discute caso em qualquer momento, em qualquer lugar, ‘você sabe daquele caso’?...”*

Embora esta discussão seja aprofundada no próximo capítulo, que discorrerá sobre a construção do fluxograma analisador, acreditamos ser importante complementar, neste momento, a abordagem que foi sendo delineada no grupo focal sobre a comunicação. Para Violeta, a comunicação é um facilitador para o trabalho em equipe porque embora haja a reunião quinzenal da equipe de saúde mental, existe uma *“flexibilização”* de conversar sempre que há uma possibilidade, contribuindo também para a organização do fluxo dos usuários no serviço, pois através destas conversas muitas vezes é possível que sejam tomadas decisões nesse sentido, evitando-se, por exemplo, uma consulta individual que seja desnecessária e/ou direcionando o usuário para um determinado grupo terapêutico:

“[...] isso também desafoga os casos, especialmente em relação às complicações que acontecem no atendimento, já que eles são bastante complexos” (Violeta).

Vimos, portanto, que ao tomarem as práticas do cotidiano como fonte de reflexão e crítica, o questionamento dos trabalhadores da UBS direcionaram essas práticas a uma perspectiva emancipatória e de liberdade, tanto do conhecimento científico – aprisionado então nas cisões e assimetrias no processo de trabalho, no plano das relações com o usuário e dos trabalhadores entre si – quanto da própria sociedade, porque suas novas ações lhes possibilitaram a expressão de sua participação em novos e críticos saberes sobre saúde e de fontes de sua construção, ao buscarem a transversalidade como um dispositivo de configurações múltiplas, assumindo o cuidado como expressão de sua potência (Pinheiro, Guizardi, 2006).

Desta forma, esse resgate histórico, coletivo, sobre as transformações das práticas em saúde da UBS nos possibilitou explorar a partir da necessidade do grupo de falar e conversar sobre os ruídos que acompanharam aquela equipe, a produção de um

cotidiano que não lhes agradava e provocara incômodo no passado, mas que conseguiram *desproduzir*.

Assim, constatamos que esses profissionais buscaram a vivência do cotidiano não como aquela da repetição – que renuncia à autonomia e ao desejo – canalizando os conflitos e tensões existentes na direção de soluções criativas; provocando, através de *forças instituintes*, os estranhamentos, quebras e linhas de fuga; colocando o *novo* em disputa na trilha de uma pertinência à equipe de saúde, ao coletivo (Campos, 1997; Merhy, 1997a).

E, ao lado de Campos (1997), acreditamos de fato no cotidiano como o lugar de produção dos “estranhamentos”, “ruídos” e das “falhas” no instituído, constituindo um mundo cheio de significados, e em cuja gestão se constrói as subjetividades (produzindo sujeitos autônomos ou sujeitados) de acordo com o modo pelo qual o trabalho vivo em ato realiza a captura do trabalho morto – o qual anteriormente foi o trabalho vivo que o antecedeu (Merhy, 1997a).

Nesta perspectiva, apesar dos conflitos e tensões - já que veremos que nem sempre o cuidado em saúde mental, na UBS, se deu sob a égide do trabalho articulado e integrado, embora multiprofissional - os anos de convivência da maioria dos trabalhadores parece mesmo terem “afinado” a orquestração entre eles, afirmando a potência das conexões em um movimento de encontrá-las e reencontrá-las (Barros, Benevides de Barros, 2007). Desta forma, transformaram a capacidade de surpreenderem-se ou de indignarem-se, transformaram os sentimentos e afetos que transversalizaram e desestabilizaram na mobilização do pensamento e pulsão pelo questionamento das ações e projetos (Honorato, Pinheiro, 2007).

Portanto, na UBS, através das “cenas” que nos foram sendo narradas acerca dessa história dos devires, pudemos olhar este serviço como um lugar de encontros ou relações entre territórios-sujeitos que, em acontecimentos e aconteceres, encontraram suas dificuldades, suas possibilidades, suas formas de luta. Situações que foram acontecendo ao mesmo tempo mas que não se excluíram, pelo contrário, encontraram “chaves” que abriram os caminhos para as mudanças nos diferentes encontros – entre os profissionais e entre estes e os usuários - a partir dessas relações de interdições e fugas (Merhy, 2007a).

Sendo assim, no próximo momento traçaremos a cartografia da participante Margarida. Em um contexto onde a maioria dos profissionais trabalha de 15 a 20 anos na UBS, Margarida é uma profissional que trabalha lá há dois meses. Desta forma,

observando o grau de participação e interação de Margarida com os outros participantes, na fase de coleta de dados, além dos seus enfrentamentos e as suas descobertas em relação à produção do cuidado em um novo contexto (revelados no próprio grupo focal) pudemos compreender que a variável tempo de trabalho houvera sido uma importante escolha da pesquisadora na caracterização dos trabalhadores.

Isto porque levamos em consideração, na análise dos dados, as *trocas* que os profissionais da UBS realizam entre si e que foram sendo construídas ao longo dos anos – já que, em consonância com Saraceno (2001), acreditamos que somente a construção de *espaços de troca* pode gerar relações, pois para este autor os serviços são, “*antes de mais nada*”, as pessoas, com sua motivação, suas expectativas, suas relações, seu projeto terapêutico.

Posteriormente, também traremos à baila o “problema” que nos foi colocado pelos participantes do grupo focal e que está intimamente articulado à história dos devires da UBS – o acolhimento pelos profissionais da recepção, quando de seus encontros com os usuários.

5.2.1.1 A cartografia de Margarida: “*no meio do caminho tinha uma pedra*”...

*Se procurar bem você acaba encontrando.
Não a explicação (duvidosa) da vida,
Mas a poesia (inexplicável) da vida.
(Carlos Drummond de Andrade)*

Desde o primeiro grupo focal, a trabalhadora Margarida se destacou para nós mediante a observação de seu distanciamento e um inicial incômodo na interação com o grupo, expressos através de sua comunicação não-verbal:

“Margarida parece ansiosa e deslocada em relação ao restante do grupo. Está muito dispersa, parece não estar prestando muita atenção na dinâmica, talvez por ser nova e não conhecer muito do que os demais falam. Parece ainda estar apreensiva e mantém os pés cruzados embaixo da cadeira [...]” (Observador 2).

Assim, através da conversa com os observadores, posteriores aos grupos focais, e, também pelo conteúdo que relatavam no “diário de bordo” escrito por eles após cada encontro, ambos pontuaram a necessidade que eu estimulasse mais Margarida a participar dos debates, e de que procurasse manter com ela um contato visual, para que a participante pudesse perceber meu interesse por suas opiniões e sentimentos.

Segundo estes colegas, por vezes eu não direcionava o meu olhar à Margarida em momentos que eles percebiam seu desejo de se expressar, porém talvez não se sentisse encorajada, necessitando, portanto, de uma atenção especial. Desta forma, estes encontros com os observadores foram importantes, sobretudo para que eu mantivesse viva a reflexão crítica sobre o meu trabalho como moderadora, buscando aprimorar-me nesta atividade e potencializando meus recursos neste sentido – dentre eles o autoconhecimento.

Em direção a esse caminho, então, a cada encontro do grupo fui buscando olhar de forma diferente para Margarida, passando a investir em sua participação na discussão, embora por vezes ela resistisse, definindo-se como uma pessoa que era “*mais de ouvir do que de falar*”; porém, em um dos momentos importantes do grupo focal, a trabalhadora encorajou-se para se expor e demonstrar como se sentia em face da questão do acolhimento, expressando junto ao grupo a vivência de um período de descobertas no serviço. A partir deste momento, pudemos observar o quanto suas impressões e seus sentidos acerca do acolhimento atravessavam suas práticas profissionais no agir cotidiano, no tocante aos seus encontros com os usuários.

“Eu realmente estou encantada com esta situação... trabalhei mais em pronto-socorro, peguei cirúrgica, então a gente não tem essa parte de acolhimento. Como eu estou começando, quem faz muito o acolhimento é a Peônia, às vezes as pessoas vêm procurando ajuda e eu não sei o que dizer, mas aí eu ouço a pessoa, né, e falo, ‘amanhã você vem e procura a Peônia, estou passando para ela...’ (Margarida).

Com esta participação, vimos também que Margarida percebe a diferença entre o modo de se produzir o cuidado entre os dois serviços: o pronto-socorro em que trabalhou e a UBS, reconhecendo o acolhimento, na Unidade Básica, como uma forma de cuidado mais ligada à escuta, às tecnologias relacionais, e, portanto, segundo sua percepção, ausente na caixa de ferramentas dos trabalhadores do pronto-socorro,

constituída por uma maior densidade de *tecnologias duras* – equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais (Merhy, 1997a).

Entendemos também que, neste processo de descobertas, ao produzir reflexões sobre as diferenças entre as formas de cuidar destes dois serviços, Margarida ia realizando um enfrentamento cotidiano do novo, encarando seus desafios através de uma jornada de autoconhecimento e de entendimento do “outro” a partir do “eu”.

Assim, diante das experiências constitutivas deste processo, observamos que a relação de Margarida com o acolhimento estava sendo povoada por tensões, já que a profissional mostrava-se insegura em relação ao acolhimento que realizava, o que pudemos constatar a partir do seu relato sobre encaminhar o usuário em sofrimento psíquico à outra profissional quando se via deslocada daquela situação, sentindo-se perdida (“sem saber o que dizer”) durante o encontro, embora tenha referido escutar a pessoa e demonstrasse valorizar a dimensão dos espaços relacionais dados por esses atos de fala, escuta, olhares, toque (Franco, 2006).

A partir disso, observamos que Margarida ainda não se sentia capaz de (ou habilitada a) acolher o usuário, provavelmente por atrelar o acolhimento à égide moralizadora de uma “responsabilidade institucional” a seguir, e não como o próprio cuidado que ela pode produzir em ato, em todos os momentos de encontro com o usuário. Nesta perspectiva, confirma-se a defesa do acolhimento, por Matumoto (1998), como um processo que ocorre em qualquer etapa do trabalho em saúde - e não como apenas uma delas. Sendo assim, quando Margarida refere que não havia “*esta parte do acolhimento*” no pronto-socorro, percebemos também que, embora reconhecesse as potências do mesmo, a trabalhadora o tomava para si através de um prisma excessivamente normatizado, o qual, segundo Franco (2006, p. 461), “impõe fortes amarras aos trabalhadores, que se vêem constrangidos no objetivo de produzir do cuidado”.

Para Franco (2006), portanto, isto seria o aprisionamento do trabalho vivo, um impeditivo para o estabelecimento de relações positivas para com os usuários, estrutura rígida sob o império da norma. Neste sentido, a insegurança, a falta de conforto de Margarida em lidar com o sobrepeso trazido pela questão do acolhimento, levava-a a encaminhar o usuário para a profissional que ela julgava mais qualificada a acolhê-lo, especialmente considerando o longo tempo de trabalho e a experiência profissional de Peônia na operação destas vias comunicacionais com o usuário.

Mas, conforme pistas por nós já deixadas, não podemos perder de vista o cenário de práticas e vivências profissionais de Margarida, já que, no pronto-socorro em que havia trabalhado até recentemente, possivelmente o modo de agir em saúde delineava um modelo de atenção conduzido por outra lógica na relação entre trabalhadores e destes com os usuários de saúde na operação cotidiana dos processos de trabalho, capturada pela fragmentação, hierarquização, pelo trabalho individualizado, por redes frias que serializam práticas do cuidado, quebrando as singularidades existentes tanto no trabalhador quanto no usuário (Pinheiros, Barros, Mattos, 2006; Passos, Benevides de Barros, 2006; Franco, 2006).

Em face disto, acreditamos que para esta profissional recém-chegada ao mundo do trabalho da UBS, esta cartografia do cuidado, realizada de forma coletiva, foi também importante para que ela pudesse reconhecer, especialmente no tocante ao *plano de forças de produção* a partir do qual esta realidade se constituiu, o enfrentamento das dificuldades e os movimentos de desconstrução e construção que já foram vividos pela Unidade Básica, marcados pela diversificação e pela transformação de olhares, até que se chegasse, através de processos de conexões e fugas, à organização do trabalho em saúde mental conformada na atualidade (Passos, Benevides de Barros, 2004).

Neste sentido, além de sua contribuição para a discussão sobre o objeto desta pesquisa - o *acolhimento* - acreditamos que esta oportunidade de participação no grupo focal configurou-se em uma potência para provocar Margarida em direção a refletir criticamente sobre a experiência do trabalhar no plano coletivo, “[...] plano onde pensar, fazer, aprender, trabalhar, viver não se dissociam e no qual os trabalhadores se deparam também com o que falha, com os impasses que os mobilizam as interrogações e o diálogo crítico” (Barros, Benevides de Barros, 2007, p. 79).

Portanto, cremos que se encorajada no sentido de descobrir seus próprios recursos, através do estímulo da própria equipe de saúde, com as trocas que já começou a compor no serviço (através de sua inserção em um grupo de acolhimento a adolescentes gestantes) e as que poderá compor no decorrer do tempo, Margarida poderá fortalecer o conteúdo de sua caixa de ferramentas com as tecnologias leves do trabalho vivo em ato no espaço interseção do mundo do trabalho na UBS, dado que o trabalho vivo nos fala do trabalho em saúde como “um dispositivo de formação de fluxos-conectivos”, produzindo com sua *potência instituinte* o cuidado, no tecido das redes quentes que vão se formando (Franco, 2006, p.460; Passos, Benevides de Barros, 2004).

Nesta perspectiva, durante os grupos focais, os trabalhadores realizaram importantes iniciativas em relação a acolherem Margarida, chamando-a a interagir nas discussões. Assim, destacamos o apoio e estímulo para que Margarida participasse dos debates através da valorização de seu atual movimento de participação no grupo de acolhimento às gestantes adolescentes. Amarílis então a convida a relatar sua experiência junto ao “Grupo de Acolhimento HCG”⁸:

“Ah, o grupo é o acolhimento de HCG, nossa, é muito bom, estou aprendendo bastante com a Dália e com a Dr^a. Rosa, e são coisas interessantes mesmo das mães que rejeitam os filhos, outras que acolhem tão bem quando sabem que estão grávidas, então também está sendo um aprendizado, eu nunca tinha feito esse acolhimento” (Margarida).

E o que aconteceu foi que, a partir deste gesto de Amarílis, Margarida passa a se sentir bem mais tranqüila para se expressar verbalmente no grupo focal, através de um tom de voz mais firme; além disso, relaxa corporalmente, movimentando braços e pernas de forma mais leve e menos intensa, comunicando-se com maior clareza e expressando satisfação com o trabalho que vem desenvolvendo em equipe, como que orgulhosa por dele participar e interessada em aprender com as práticas de suas companheiras de equipe. Naquele momento, Margarida deu-me a impressão de haver “desabrochado” junto à dinâmica conectiva do grupo, encantada pela poesia de descobrir-se a ele pertencente.

Neste sentido, entendemos que a rede de relações que Margarida passa a compor com a equipe de acolhimento às gestantes adolescentes, nos encontros com os demais trabalhadores e com as usuárias, engendra devires que a conduzem a novos territórios de singularidades, produzindo uma idéia de pertença, isto é, a idéia de que os trabalhadores pertencem uns aos outros enquanto equipe e de que não existe uma auto-suficiência no

⁸ O nome deste grupo surge como alusão ao exame laboratorial onde é dosada a concentração do hormônio gonadotrofina coriônica no sangue da mulher, com a finalidade de definir a existência ou não de gravidez.

trabalho em saúde, ou seja, nenhum trabalhador pode dizer que, sozinho, consegue ter uma resolubilidade que seja satisfatória, em relação ao cuidado (Franco, 2006).

Assim, discutindo a cartografia de Margarida, podemos realizar trocas entre a idéia de Cecílio (2001) sobre a integralidade focalizada, a qual, a nosso ver, é corroborada por Guizardi, Pinheiro (2006, p. 37), já que estes autores abordam a integralidade “como uma construção coletiva que ganha forma e expressão no espaço de encontro dos diferentes sujeitos implicados”, reconhecendo, portanto, a singularidade dos múltiplos pólos das relações, recusando, segundo Mattos (2001), o reducionismo, a objetivação dos sujeitos, e afirmando uma abertura ao diálogo.

Desta forma, podemos refletir sobre questões importantes na configuração do trabalho em equipe permeado pelas trocas afetivas, em que a criação e a manipulação dos afetos vão definindo, também, os domínios de significação dos trabalhadores através do intercâmbio de conhecimentos (Teixeira, 2003), configurando nesse cenário uma alta potência para a constituição do novo, um devir para os serviços de saúde - porque cruzam ao mesmo tempo os saberes-fazeres de diversos profissionais, atravessados por singularidades, em permanente processo de subjetivação impactando as práticas cotidianas e o modo de se produzir saúde a partir deste território de múltiplas conexões (Franco, 2006).

Sendo assim, Merhy (2001) nos traz o mundo do trabalho como um lugar que, ao debruçar-se sobre objetos de ações, saberes e agenciamentos de sujeitos, explora a potência dos fazeres produtivos como *atos pedagógicos* dos vários trabalhadores e das equipes de saúde que habitam o cotidiano dos serviços.

Nesta perspectiva, a dimensão do trabalho afetivo, das redes de conversas coletivas, configura-se na *prática educativo-crítica* que propõe Paulo Freire (1996, p. 11), por nos permitir criticar, permanentemente, os desvios que nos levam a sucumbir às dificuldades que os caminhos nos colocam. No caso da trabalhadora de saúde Margarida, essa prática é disparada pela descoberta-enfrentamento do acolhimento, para ela um ponto de autoconhecimento, de reflexão acerca dos princípios e valores que regem as ações de saúde, possibilitando-lhe buscar o aconchego não à solidão, mas aos “atos comunicantes” que se produzem no “co-participando”, e não no “transferindo” (aqui, entendido por nós como o próprio deslocamento do usuário para o acolhimento junto à Peônia)...

Por conseguinte, segundo Backes et al. (2005), os profissionais da saúde, ao refletirem sobre as condições e relações do trabalho e o seu modo de agir, podem

inserir-se de maneira crítica e consciente na realidade, através dos “atos comunicantes” do processo relacional, pois, à medida que, de acordo com Freire (1996, p.11) reconhecem a presença do outro como um “não-eu”, reconhecem sua própria presença, a qual “[...] pensa a si mesma, se sabe presença, intervém, transforma, fala do que faz, mas também do que sonha, constata, compara, avalia, valora, decide, rompe”.

Ou seja, quando os trabalhadores de saúde, em atividade, abrem espaços de fala e de escuta entre si, estes espaços relacionais, mediando o seu processo de trabalho, operam fortes conexões, em que a ação de alguns complementa a ação de outros e vice-versa, operando um rico e dinâmico cruzamento de saberes e fazeres, tecnologias, subjetividades, e a partir desta configuração, os atos de saúde se tornam produtivos, e não modelares – já que estes serializam as práticas de cuidado e quebram a lógica das singularidades existentes tanto no trabalhador quanto no usuário (Franco, 2006).

Logo, quando os trabalhadores convidam Margarida a participar de uma atividade em equipe (o acolhimento a gestantes adolescentes), fazem-no com o intuito de acolhê-la, de tirarem-na da solidão, animando um potencial de proliferação como uma espécie de ovo que pode sempre engendrar outros devires (Rolnik, 1993), levando-a a abrir-se para linhas de visibilidade, de enunciação (Deleuze, 1988) e de ruptura ao desvio que a tentava sucumbir às dificuldades do processo de deixar-se estranhar pelas marcas produzidas em suas relações com o usuário. Assim, pela primeira vez, falamos também sobre uma dimensão pedagógica do acolhimento, mas orientada, neste momento, para o acolhimento dos trabalhadores, para a forma como se acolhem, abordagem que nos abre para uma questão que oportunamente faremos – por ter disparado, no grupo focal, a reflexão sobre os processos de trabalho em saúde mental, na UBS: como o trabalhador pode acolher o usuário se não sente acolhido?

Assim, vimos que, tanto no caso recente de Margarida – “grávido” de devires e caracterizado por mudanças que já vêm acontecendo, em direção a um novo modo de cuidar - quanto nas transformações históricas na produção do cuidado, na Unidade Básica, disparadas pelo aumento da demanda de usuários com necessidades no campo da saúde mental e por uma reflexão crítica dos trabalhadores sobre sua própria práxis (reiterativa), há uma orgânica relação com o “despertar-se” para o plano coletivo, na perspectiva do trabalho em equipe interação (Peduzzi, 1998).

Na dinâmica do grupo focal, também percebemos o quanto a participação de Dália, ex-trabalhadora de um hospital psiquiátrico por oito anos, e principalmente Peônia, que ainda trabalha no CAPS, foi importante para o grupo focal, porque essas

profissionais puderam trazer suas experiências acerca do cuidado ao usuário em sofrimento psíquico de uma forma bastante elucidativa, “alimentando” e enriquecendo a discussão entre os participantes, colocando as diferenças e/ou semelhanças dos serviços, com seus modelos de atenção, na conformação destes modos de cuidar.

Neste caso, então, as redes de conversas também agiram como atos pedagógicos, como prática educativo-crítica (Merhy, 2005; Freire, 1996) constituída pelo “tripé” experiência, coletivo e vivência, o qual, segundo Maffesoli (2004, p. 44), “é justamente o que fundamenta a legitimidade que entra em sinergia com o sensível”, ligando, portanto, a razão e os sentidos, já que “a unidimensionalidade do pensamento é incapaz de compreender a polidimensionalidade da vivência” (p.35).

E, no caso de Peônia, é uma profissional que, por atuar nos dois serviços, tece uma fundamental rede entre eles, através de uma abordagem múltipla, por que: através de uma rede de conversas, traz informações, aos profissionais da UBS, sobre os usuários que foram encaminhados ao CAPS, bem como no sentido reverso; acolhe, na UBS, os usuários que também fazem o tratamento no serviço especializado, e vice-versa; realiza visitas domiciliárias aos usuários com transtorno mental da UBS - tecnologia de cuidado trazida pela experiência em trabalhar no CAPS, a qual também contribuiu para o desenvolvimento de competências e habilidades no trabalho em equipe em saúde mental, na Unidade Básica, sendo uma idéia que “contaminou” outros profissionais, proliferando devires.

Ou seja, mais que um *elo* - que apenas serve como um veículo de comunicação, Peônia é um *laço* - porque é uma trabalhadora de saúde capaz de fomentar vínculos, ampliar o acesso tanto à unidade de saúde quanto ao cuidado, e ainda participar da reorganização do trabalho em equipe, modificando atitudes herdadas do modelo tradicional de saúde (Silva, Stelet, Pinheiro, Guizardi, 2006).

Portanto, Peônia foi e é uma figura essencial para a transversalização da UBS, em direção à produção do cuidado em saúde mental, e para a história do serviço, no qual trabalha há 18 anos. Neste estudo nos enveredamos pela perspectiva deleuziana de história, definida, portanto, como o conjunto de condições, ainda que recentes, das quais se desvia “a fim de ‘devir’, isto é, para criar algo novo” (Deleuze, 1992, p. 211).

Assim, podemos dizer que esses devires de Peônia, de Margarida e outros que continuaremos a cartografar neste nosso trajeto são *acontecimentos*, definidos para Barembliitt (1992), como momentos de aparição da Diferença, da Singularidade; portanto, como atos, processos e resultados que são conseqüências de conexões

insólitas, como “o substrato de transformações de pequeno ou grande porte que transformam a História em todos os seus níveis e âmbitos” (p. 151).

5.2.1.2 O “problema” do acolhimento: como acolher a quem acolhe?

Escuta: eu te deixo ser, deixa-me ser então (Clarice Lispector)

No grupo focal, quando colocamos em pauta a questão do acolhimento, entra também na discussão disparada por seus participantes outro cenário da UBS, aquele protagonizado pelos trabalhadores da recepção, e, com isto, uma nova perspectiva de reflexão, que chamaremos de **“o acolher a quem acolhe”**. Assim, uma parte da história dos devires da Unidade Básica também é construída pelos profissionais da recepção, e por esta razão pensamos ser importante resgatá-la, mapeando-a.

Aconteceu que, na história da UBS, no início da conversa sobre o acolhimento - quando os profissionais discutiam, sobretudo, as necessidades do usuário portador de sofrimento psíquico e/ou transtornos mentais e o modo como os trabalhadores da Unidade Básica poderiam se mobilizar no sentido do acesso e da qualificação do atendimento a esta população que só fazia aumentar - os trabalhadores da recepção, segundo Gerânio, revoltaram-se muito, já que esta nova demanda do acolhimento estava também chegando até eles e afetando-os negativamente.

Assim, esses profissionais indignaram-se diante da responsabilidade de *“terem que acolher o outro”* quando eles mesmos não se sentiam acolhidos pela organização em que trabalhavam, alegando estarem vulneráveis em meio a condições de trabalho nas quais se sentiam desrespeitados e desvalorizados, face aos *“comportamentos difíceis”* manifestados pelos usuários em sofrimento psíquico - com quem o pessoal da recepção, segundo os participantes do grupo focal, *“comprava briga”* e travava alguns embates sérios.

Desta forma, podemos problematizar essa questão na perspectiva de Dejours (1992) apud Benevides de Barros e Barros (2007), quando este autor discute sobre os sentimentos de “inutilidade e desqualificação” vividos pelos trabalhadores quando estes não vêem sentido no trabalho realizado, o que os leva a construir uma imagem sobre si

mesmos que se apresenta, na situação de trabalho, diretamente relacionada a um *não-reconhecimento* de seu trabalho pelo outro.

Portanto, o pessoal da recepção interrogou-se, de acordo com Gerânio, em sobre como acolher o outro, se eles próprios não se sentiam acolhidos pelo serviço?

“[...] então, uma das coisas, dos entraves, das dificuldades que a gente tinha de discutir o acolhimento é que... eu venho aqui, eu... também tenho meus problemas, eu não sou acolhido, e aí, como é que faço? [...]”.

Para que possamos contextualizar essa situação que foi vivida pela UBS a uma certa forma de organização do trabalho de serviços semelhantes, de uma mesma rede, recorreremos mais uma vez a Merhy (1997a), à medida que este autor nos traz que os usuários, ao chegarem aos serviços, são recebidos por grupos muito distintos de trabalhadores; assim, há unidades em que uma parte dos usuários pode ter sido agendada para vir em um dado horário, enquanto outros podem chegar no meio de um período de atendimento e serem recebidos de um modo ainda diverso.

E, neste percurso, o autor nos coloca que até mesmo um vigia torna-se um trabalhador de saúde no sentido de possuir uma certa autonomia para “decidir coisas” neste seu encontro com o usuário, intervindo, portanto no modo de recebê-lo para além do que está normatizado e protocolado, pois, de acordo com sua relação mais ou menos “acolhedora” com o usuário, decide se “quebra o seu galho” ou não, além de decidir, inclusive, se este está em situação de maior ou menor “necessidade” por serviços. Desta forma, temos que qualquer lugar de um estabelecimento de saúde, onde ocorre um contato entre um trabalhador e um usuário - como o vigia, por exemplo - há a produção de um processo de trabalho em saúde através das relações de acolhimento, de vínculo, com forte conteúdo de intervenção terapêutica.

Por conseguinte, diante dessas premissas, podemos observar que, esses profissionais da recepção, trabalhando nos serviços públicos de saúde ainda que não ocupem funções que exijam formação e habilitação profissional no campo da saúde, também compõem encontros com os usuários, os quais podem implicar em ganhos de potência para ambos, a depender das trocas realizadas, o que nos faz pensar sobre a importância desses encontros e na questão do acolhimento como um dispositivo.

Entretanto, “o outro lado da moeda” pode ser colocado em discussão, ao nos voltarmos, neste caso, à hipótese de um sobrepeso sentido pelos trabalhadores da recepção da UBS caso percebessem, à época, o acolhimento como mais uma responsabilidade protocolar do serviço (pelo fato de terem sido **impostos** a realizá-lo, por exemplo), um acréscimo às atividades que já desenvolviam. Porém, é preciso deixar bem claro que, como os trabalhadores da recepção não participaram do grupo focal, não pudemos explorar a moeda já colocada em jogo sob suas duas faces porque não obtivemos dados que nos permitissem analisar se o acolhimento chegou ou não até eles sob a verve normatizada.

O que podemos dizer seguramente é que, no caso da UBS, o acolhimento chegou tanto como uma estratégia de organização do fluxo de atendimento aos usuários – o que os trabalhadores no grupo focal chamaram de uma dimensão de **acolhimento-atividade**, pois articulado com a reorientação dos processos de trabalho – quanto como um **acolhimento-postura** (signo que eles mesmos lhe atribuíram), relacionado à escuta, à atitude de cuidado profissional-usuário, às trocas entre os profissionais do serviço, conforme veremos melhor oportunamente. Além disso, é importante guardarmos conosco, por enquanto, que tanto o acolhimento-atividade quanto o acolhimento-postura, dobram-se sobre uma questão importante, já sinalizada: o trabalho afetivo em equipe, permeado pelo agenciamento de singularidades, pelas redes de conversa no serviço.

Em relação à história do acolhimento na recepção, tomaremos como objeto de análise o acolhimento-postura, por evidenciarmos que o embate entre os profissionais deste setor e o acolhimento vem das tensões provenientes do jogo relacional entre trabalhadores e usuários, quando de seus encontros - embora fosse ingênuo não nos lembrarmos de outras questões que possivelmente compuseram estes “bastidores”, como a insatisfação salarial do trabalhador, seu sentimento de inadequação ao local de trabalho *versus* a necessidade de lá estar, a falta de gosto pela profissão, etc., porque estes foram apontamentos que emergiram nos grupos focais.

Desta forma, observamos que o acolhimento foi encarado pelos profissionais da recepção como um impasse, um incômodo, uma “afronta” diante do fato de que, segundo Gerânio, eles mesmos se sentiam em desamparo. Assim, como acolher aquele que chega à unidade reclamando, xingando, dizendo desaforos e ameaçando?

Nesta direção, o caminho buscado pela gerência da Unidade Básica, rumo a buscar linhas de fuga para estes impasses, conectando trabalhadores e usuários, deu-se

no sentido da “invenção”, na experimentação do fazer diferente, através de uma estratégia que pudesse promover encontros mais “plásticos” e diferenciados entre eles, e, simultaneamente, tornasse estes trabalhadores agentes de construção na UBS, movimentando-os em direção a outros espaços de troca, que, com sua potência, gerassem “oportunidades comunicantes” entre sujeitos que desejam (Ceccim et al., 2007; Saraceno, 1999).

Assim, os trabalhadores da recepção foram convidados a criar e conduzir, no espaço da UBS, oficinas, dirigidas aos usuários, de acordo com o desejo, talento e/ou habilidade que possuíam. E, segundo Gerânio, a partir daí o serviço começou a ficar mais acolhedor, tanto em relação aos trabalhadores, quanto à comunidade, já que os profissionais que estavam insatisfeitos e exauridos, buscando fôlego para a fuga do trabalho morto instituído, encontraram fissuras para explorarem suas potências através das oficinas que, ao possibilitarem sua autonomia e criatividade no trabalho, foram capazes de produzir uma relação de diferenciação entre esses trabalhadores e os usuários, transformadora dos dois lados ao levarem-nos ao resgate de sua alegria em atuarem.

Ou seja, esta alternativa inventada pelos trabalhadores foi geradora de um *agenciamento de singularidades desejantes* (Guattari, Rolnik, 2000), o qual interpretamos, inspirados por uma “tradução” de Teixeira*, como uma conexão entre multiplicidades heterogêneas que, engendrando redes, mobilizaram *arranjos aumentativos de potência* através dos diversos encontros, pois, ao abrirem-se para “operações de passagem”, produziram subjetividades, gerando metamorfoses e por elas sendo gerados, em um processo de “criação” do novo, de invenção (Baremlitt, 1992).

Deste modo, abriu-se um espaço, na UBS, que promoveu uma grande melhora na qualidade das relações entre os profissionais da recepção e o usuário, por transformá-las através desses encontros; desta forma, aquele paciente que antipatizava intensamente com um funcionário da recepção, por exemplo, passa a admirá-lo na sua “*nova função*”, a de um “*professor*” que lhe ensina tantas coisas novas...

“O trabalhador começa a ver que, ali dentro daquele grupo, o paciente começa a contar o drama dele, aquele começa a entender melhor, aí esse paciente que está no

* Extraído de aula ministrada por Ricardo Teixeira, na disciplina “Dimensões da Subjetividade no cuidado em saúde Mental e saúde coletiva, na Escola de Enfermagem da USP, em junho de 2008”.

grupo, é o mesmo que vem ali no balcão, aí devagarzinho começa essa mudança, mas isso tudo você consegue tentando, porque não é um passe de mágica” (Gerânio).

Portanto, através desse dispositivo-oficina, os trabalhadores, a partir de um fazer autônomo e prazeroso, em que passaram a se sentir como referência no serviço, valorizados em sua “obra” (Campos, 1997), produziram novos sentidos para o seu “viver trabalho”, e, com esses fazeres, produziram também novos viveres *no outro*. Neste caso, na relação entre trabalhador e usuário, ambos deixam de ser “estrangeiros” um para o outro, porque os encontros de interdição se tornam encontros autopoieticos, movimentos que constroem o sentido de viver, a vida que produz vida, permitindo resignificar as cenas e dando-lhes novo sentido, já que aquele mesmo lugar (ocupado pela interdição) é carregado, preenchido pela possibilidade de produção da vida (Merhy, 2007a).

Encerrando este capítulo, vimos então que os trabalhadores da UBS, ao abrirem-se aos fluxos-conectivos das tecnologias leves do trabalho vivo em ato, foram democratizando os espaços relacionais, produzindo um cuidado que formou redes entre os trabalhadores e destes com os usuários, possibilitando que uns encontrassem potência em outros (Franco, 2006).

Assim, pudemos constatar, a partir dessa “história dos devires” da UBS, que “mesmo em situações de aparente estabilidade institucional, é possível perceber movimentos de mudanças no interior do processo de trabalho, que podem mexer com perfil das conexões e fluxos exercidos em certa rede de cuidados”, pois o processo de trabalho no interior de uma equipe ou unidade de saúde é marcado de forma intrínseca pela diversidade, onde instituído e instituinte estão presentes, significando processos de permanente disputa, particularmente mais fortes em movimentos que sugerem períodos de transição entre o velho e o novo, quando os cenários se confundem na sua conformação (Franco, 2006, p. 467).

Portanto, essas trajetórias cartografadas nos mostram, apoiando-nos em Barembliitt (1998), que o conflito, ao mesmo tempo em que é a oposição e luta dos contrários é também motor da mudança dos sujeitos, organizações, movimentos e civilizações...

5.2.2 O acolhimento como um analisador da organização do trabalho em equipe

*“[...] O presente é tão grande, não nos afastemos,
Não nos afastemos muito, vamos de mãos dadas [...]”
(Carlos Drummond de Andrade)*

Neste capítulo, a partir da descrição do percurso do usuário típico escolhido pelos trabalhadores, construiremos o fluxograma e faremos sua discussão dirigindo-nos para o acolhimento enquanto um organizador do trabalho em equipe, a revelar as redes de conversa entre os diversos trabalhadores, no serviço.

Conforme acompanhamos através da história dos devires da UBS, os fluxos conectivos que se formaram no âmbito da produção do cuidado, no serviço, tiveram forte potência produtiva, criando linhas de fuga, provocando desvios nos “itinerários terapêuticos” quando os sistemas produtivos já não correspondiam a certas expectativas dos trabalhadores ou mesmo dos usuários da Unidade Básica (Franco, 2006; Franco, Merhy, 2007).

Isto porque, segundo Franco, Merhy (2007), os intensos fluxos conectivos entre os diversos trabalhadores - e entre estes e os usuários - produzem a realidade dentro de um serviço ou de uma equipe de saúde, através de uma interação operando processos produtivos que se estruturam em um dado tipo de organização de redes cujo “centro nervoso” é o trabalho vivo em ato como o substrato sobre o qual a produção dos atos de saúde vai acontecendo.

Nesta direção, Teixeira (2003, p. 96) nos traz que, no “ato de conversar”, “há indiscutivelmente um *trabalho ‘vivoperando’*, pois, para este autor, a *substância* do trabalho em saúde (conforme já comentamos neste trabalho) é a **conversa**: “conversa-se sem cessar, nos serviços [...]”.

Assim, essa “rede de conversações”, nas unidades de saúde, conformaria um autêntico espaço coletivo composto de várias e distintas “regiões de conversa” interligadas. E, neste plano, o acolhimento seria o elemento a conectar uma conversa à outra, interconectando os diferentes espaços de conversa, partindo-se da premissa de que em qualquer encontro trabalhador-usuário, nos serviços de saúde, estaríamos “acolhendo” novas possíveis demandas que, eventualmente, “‘convidam’ o usuário a

freqüentar outros espaços, a entreter outras conversas [...] oferecendo a ele as mais amplas possibilidades de trânsito pela rede” (Teixeira, 2003, p. 101). Por conseguinte, esses fluxos, que são “abertos” e operacionalizados pelo acolhimento, ao utilizarem a potência “livre, inventiva e micropolítica” do trabalho vivo, provocariam novos caminhos instituintes como expressão coletiva a subverter o que há de instituído nas organizações (Franco, Merhy, 2007).

Com esta perspectiva, depreendemos a necessidade de “desalienar” os nossos modos de conversar no mundo do trabalho em saúde, verificando de que forma as nossas técnicas de conversar Teixeira (2003, p. 97) - que são, indubitavelmente, para o autor, técnicas de produção de relação – estão participando da configuração do contexto comunicacional do encontro, já que esse modo de conversar de alguma forma refletiria, através do agir coletivo e individual, como nós, profissionais, significamos a produção do cuidado (Merhy, 2007a; Franco, Merhy, 2007).

Além disso, como já comentamos anteriormente, os profissionais da equipe de saúde mental estudada nos apontaram, na perspectiva do trabalho em equipe, na UBS, a **comunicação** como o aspecto mais importante de sua práxis, corroborando a reflexão de Fortuna (2005) acerca de sua relevância como um indicador dos vários momentos possíveis de se viver em um grupo e em uma equipe, e como um instrumento para crescimento e troca, no mundo do trabalho.

Desta forma, neste trabalho, estamos estudando o acolhimento, em seu papel na dinâmica da rede que se configura entre os trabalhadores da equipe de saúde mental da UBS, pressupondo, ao lado de Franco e Merhy (2007) que o trabalho vivo em ato, na atividade que se dá através das relações entre os trabalhadores, e destes com os usuários, produz afetos e subjetividades na dinâmica do processo de trabalho. Assim, o acolhimento, como uma tecnologia deste trabalho vivo em ato, teria a potência de sustentar uma rede de trabalho afetivo em saúde, razão que nos levou a esta cartografia do cuidado, pela qual buscamos:

“[...] revelar, nas relações que se constituem nesse território, as subjetividades que se atravessam, a manifestação do diferente, a produção desejante de certos fluxos de cuidado, e também de ‘*não cuidado*’, o contraditório, o inesperado, desvios, estranhamentos, enfim, o rico universo que compõem a sintonia que traduz o saber-fazer diante do mundo que produz o cuidado nos seus distintos cenários” (Franco, Merhy, 2007, p. 8).

Portanto, através dos grupos focais e da produção coletiva do fluxograma analisador, decidimos por uma trajetória metodológica que trouxesse para a cena investigativa os próprios sujeitos do trabalho, já que, segundo Franco, Merhy (2007, p. 8), só eles podem nos revelar: o mundo no qual sua práxis produtiva está imersa; “os atravessamentos e as transversalidades que vão dando o compasso tenso do estruturado e da sinfonia caótica, que é a dos processos de trabalho em saúde”; a potência das relações entre os sujeitos e seus processos de subjetivação.

5.2.2.1 Descrição do fluxograma

Para a realização do fluxograma, e de acordo com as diretrizes teóricas já referenciadas, os trabalhadores de saúde participantes escolheram um usuário típico que lhes deixou *marcas*, segundos os relatos, por ter mobilizado toda a equipe multiprofissional no sentido do compartilhamento de suas ações, buscando soluções diante de uma complexidade de necessidades que exigiram a produção do cuidado não apenas sobre o usuário, um adolescente – que aqui chamaremos pelo nome fictício de **Bernardo** - mas também sobre a sua mãe, já que, é a partir da entrada da mesma na UBS, junto ao Serviço Social, que se dá a entrada do usuário, como discutiremos a seguir.

O caso de Bernardo, além de mobilizar, de alguma forma, todos os trabalhadores da equipe de saúde mental da Unidade Básica, caracterizou-se pela atuação de outros serviços que compõem o cenário da rede de atenção à saúde mental, a saber, em ordem “cronológica”: o CECCO; o Centro de Referência DST/AIDS - um dos dois serviços de referência para o atendimento em psiquiatria, no território; um importante Hospital-Escola do município de São Paulo; o Instituto de Psiquiatria deste Hospital-Escola; o CAPS.

Deste modo, começaremos a cartografia do cuidado a Bernardo, por parte desta equipe de saúde mental da UBS, através da construção do fluxograma analisador, tentando identificar, nos processos de trabalho, seus conflitos e estranhamentos, conexões e fugas...

É importante dizermos que a mãe de Bernardo, **D. Manuela** (nome fictício), foi a “ponte” entre o usuário e o serviço, já que é a partir de sua entrada na unidade, por

demanda espontânea, que a história de Bernardo emerge em uma das conversas dessa mãe no serviço, como traçaremos. Em primeiro lugar, então, colocaremos em cena a entrada de D. Manuela na Unidade Básica e o seu acesso a partir do “primeiro” acolhimento, ou seja, da primeira conversa que se dá entre a usuária e os profissionais da UBS, interligando-a a outras regiões de conversa, individuais ou coletivas, e, portanto, agenciando encontros entre a mãe de Bernardo e os trabalhadores de saúde, e entre a mesma e outros usuários – produzindo uma rede de conversações (Teixeira, 2003).

O princípio dessas trajetórias (de Bernardo e sua mãe) é dado então no momento em que D. Manuela procura a UBS com o intuito de “tirar dúvidas” sobre como retirar na farmácia um medicamento que havia sido prescrito a ela por um médico de outro serviço de saúde. Assim sendo, a usuária é direcionada da recepção à assistente social, que naquele momento estava disponível para atendê-la, e após esta conversa – em que D. Manuela queixava-se estar deprimida – é encaminhada por aquela profissional a uma das psicólogas da Unidade Básica. No entanto, antes que passasse em consulta, a assistente social procura a psicóloga para conversarem sobre o caso. Quando atendida pela última, esta convida D. Manuela a participar do **Grupo de Psicoterapia (GP)** da UBS, no qual a usuária conta que é viúva e que seu marido tinha problemas psiquiátricos, tendo permanecido internado por muitos anos, situação com a qual, para ela, fora muito complicado conviver.

Assim, é no Grupo de Psicoterapia que D. Manuela também fala pela primeira vez de Bernardo, dizendo, de acordo com a psicóloga, que *“tinha um filho com problema”*, porque ele apresentava os mesmos comportamentos de seu marido – cujo diagnóstico houvera sido esquizofrenia. Desta forma, essa mãe é orientada a trazer seu filho à UBS em uma das datas direcionadas ao acolhimento em saúde mental, que, àquela época, realizava-se juntamente com o CECCO através de uma dupla de profissionais de cada serviço (UBS e CECCO). Participando então do acolhimento a Bernardo, que tinha 16 anos, a psicóloga o encaminha ao **Grupo de Adolescentes (GA)**, o qual, segundo os participantes do grupo focal, foi *“praticamente fundado com Bernardo e mais dois outros adolescentes”*.

Por conseguinte, Bernardo passa a participar do GA, enquanto sua mãe, D. Manuela, continuava no GP, e também se insere, convidada pela psicóloga, no **Grupo de Orientação de Pais (GOP)**, além de ter sido encaminhada para a acupuntura, porque trazia em conversa, nos grupos terapêuticos dos quais participava, uma queixa de

hipertensão arterial que a incomodava muito, por ser uma doença bastante limitante para a sua vida. E aqui nos cabe colocar que todas essas ações foram agenciadas no plano coletivo, permeadas pelas conversas nas reuniões da equipe de saúde mental, sendo que, nessa busca por soluções, as propostas de alternativas e as decisões foram compartilhadas entre a equipe multidisciplinar, uma *equipe interação* (Peduzzi, 1998).

“D. Manuela tinha uma hipertensão gravíssima, aí atendemos, porque ela estava num estado, somatizando de um jeito pesado, a pressão dela não abaixava... só abaixou quando ela resolveu a questão do filho, hoje ela tem a pressão boa...” (médica acupunturista).

Portanto, podemos falar que, desde o acesso dos dois usuários ao serviço, foram se configurando redes de conversação entre os trabalhadores da equipe de saúde mental, acolhendo tanto Bernardo, quanto D. Manuela no serviço; “ativando”, com isto, a potência destes usuários produzirem relações em diferentes espaços de conversação, na Unidade Básica.

Para os trabalhadores que participavam do grupo focal, este caso era *“muito complicado”* porque, na verdade, D. Manuela:

“[...] estava projetando o seu falecido marido no menino, pois este era o único homem que estava perto dela; então esse filho tinha necessariamente que ser a cópia fiel do pai dele”.

É mister dizer que, em um dado momento, os profissionais da equipe de saúde mental resolvem, por meio dessas discussões, face às suas articulações e interações, que Bernardo deveria passar também com a médica homeopata, integrante daquela equipe e que trabalhava com grupos de crianças e saúde escolar. Esta médica, então, sente necessidade de encaminhar Bernardo à psiquiatra do serviço de referência do território, o CR DST-AIDS.

Neste momento do grupo focal, na construção do fluxograma, os participantes nos colocam que, na UBS, um dos enfrentamentos quanto à produção do cuidado em saúde mental era a questão dos encaminhamentos aos serviços de referência, já que,

apesar deles conhecerem o psiquiatra e o “*bom trabalho*”, por ele desenvolvido, a comunicação com o mesmo, exceto pela via da referência e contra-referência, dada por relatórios escritos, “*era complicada*”, pois a demanda deste profissional era muito grande – problema, que, inclusive, foi identificado no estudo “Reconhecendo o atendimento de saúde mental”, por ter sido percebido pela maioria dos gerentes das Unidades Básicas do território (Caçapava, Colvero, 2006).

Em um dado momento desse caminho trilhado por Bernardo, os profissionais de saúde responsáveis pelo Grupo de Adolescentes também percebem que o usuário, por apresentar um comportamento bastante regredido, não conseguia se vincular ao mesmo, questão que ao ser discutida na reunião da equipe de saúde mental, é direcionada no sentido de encaminhar Bernardo ao Grupo de Crianças de 10 a 11 anos, o **Grupo de Orientação Lúdica (GOL)**, o qual, segundo a psicóloga e a médica homeopata, suas coordenadoras, “*foi o grupo onde ele se deu melhor*”.

De acordo com Gerânio, no caso de Bernardo:

“Foi feito de tudo para que a coisa andasse num trilho legal, mas à medida que Bernardo evoluía, isso desagradava à mãe, tanto que ela o levou para outros lugares, até que conseguiu chegar num lugar que deu o rótulo para ele, aí, pronto, sossegou”.

Este comentário de Gerânio, a respeito do qual a médica acupunturista também já havia nos dado pistas anteriormente, através de sua fala sobre a estabilização da hipertensão arterial de D. Manuela, deu-se diante da problemática que envolvia a relação entre Bernardo e sua mãe, já que, segundo os participantes nos colocam, esta “*perseguiu*” o mesmo diagnóstico de seu falecido marido para Bernardo, constatação que, na voz dos profissionais da UBS, havia também sido feita pela psiquiatra do CR DST-AIDS.

Com o percurso que já desenhamos até aqui, vimos, então, que uma rede de conversações que se deu, na UBS, em relação a Bernardo e também a D. Manuela, constituídas pelo que consideramos os diversos acolhimentos realizados através de conversas individuais e coletivas, permeadas também pelas reuniões da equipe de saúde mental quinzenais e pelo “fluxo de conversações” não- formais” que nos foram relatados pelos participantes dos grupos focais (Teixeira, 2003).

Então, aconteceu que Bernardo, em virtude de um grave problema oftalmológico que lhe ocorreu, foi levado pela mãe até o Hospital, de onde os médicos o encaminham ao Instituto de Psiquiatria. Assim, neste local é feito o diagnóstico de esquizofrenia para o adolescente, embora para os profissionais da equipe de saúde mental da UBS este fosse controverso, levando-se em consideração, para além dos sinais e sintomas, especialmente o contexto familiar envolvido. Para aqueles, portanto, este “*rótulo*” de esquizofrênico a Bernardo foi dado por uma visão mais “*clínica*” da psiquiatria, que “*não tem muito essa coisa de leitura de família, é mais a psicopatologia*”.

E, a partir do Instituto de Psiquiatria, Bernardo foi encaminhado ao CAPS, tendo permanecido concomitantemente na UBS por pouco tempo, cerca de um mês. Segundo a assistente social, D. Manuela continuava freqüentando o serviço, porque participava do GP, apesar de ser muito faltosa; mas abandonara o GOP. Para os profissionais da UBS, projetando-se a Bernardo, essas vindas de D. Manuela, ainda que “*espaçadas*”, eram importantes, por serem espaços de conversação nos quais eles perguntavam sobre o adolescente, sendo uma forma de saber como ele estava caminhando na vida, como andava a relação entre mãe e filho...

Finda a descrição do fluxograma passaremos a sua representação gráfica, na perspectiva da produção do cuidado tanto a Bernardo quanto à D. Manuela, por acreditarmos, de forma compartilhada com os profissionais que participaram do processo grupal, que as decisões e ações de saúde direcionadas a Bernardo e à sua mãe estão interconectadas, através do trabalho dos profissionais da UBS, em equipe integração (Peduzzi, 1998).

E, posteriormente à sua representação gráfica, apresentaremos a discussão do fluxograma, olhando analiticamente para estas cartografias operantes na cena de produção do cuidado (Franco, Merhy, 2007).

Usuária - D. Manuela

Figura 1 - Fluxograma analisador dos processos de trabalho em saúde mental na UBS estudada, São Paulo – SP

Usuário – Bernardo

Figura 2 - Fluxograma analisador dos processos de trabalho em saúde mental na UBS estudada, São Paulo – SP

5.2.2.2 Discussão do fluxograma

Para que comecemos a discussão do fluxograma, é importante trazermos alguns dados que, anteriormente à sua construção, foram obtidos nos primeiros encontros do grupo focal, especialmente quando falávamos de acolhimento, e mais precisamente quando tratávamos do que os profissionais daquela equipe de saúde mental, da UBS, entendiam por acolhimento e, para eles, qual a sua finalidade.

Sendo assim, naquele momento verificamos que o grupo percebia e significava o acolhimento em duas vertentes, como já comentamos neste estudo: o *acolhimento-postura* e o *acolhimento-atividade*, lembrando que estas designações emergiram dos próprios profissionais, no grupo focal, e não da pesquisadora. Desta forma, o *acolhimento-postura* se aproximaria daquele descrito pela profissional Peônia, que nos marca pelo seu conteúdo carregado de afetividade:

“Olha, para mim o acolhimento é como se fosse um ‘seja bem-vindo’, porque você recebe a pessoa, você se predispõe a ouvi-la, assim, os olhos abertos, ‘estou aqui com você, para você, ouvindo você’. Então você ouve, né, não interrompe, não interfere, a pessoa chora, a pessoa fala, deixa a pessoa bem à vontade para falar mesmo tudo o que tem vontade, de dor, de problema, de família, de tudo. Então o acolhimento para mim é um colo de mãe, é assim uma coisa muito íntima, é um vínculo que você começa mesmo, se a pessoa acolhe bem vai criando, não tem como não criar, entendeu?”.

Após a fala de Peônia, Gerânio – como já havia pontuado um dos observadores, participante mais objetivo em sua fala e na colocação de suas idéias – faz um contraponto ao que foi dito pela colega, pois, embora ele reconhecesse a importância de uma *“atitude acolhedora”*, seja entre os trabalhadores ou destes com os usuários, para ele a *“questão-chave”* acerca do acolhimento é sua perspectiva de *“organizar o trabalho”*:

“[...] a questão da necessidade de receber, de repente, todo o fluxo que aparece na porta, de ouvir a pessoa e direcioná-la dentro desse fluxo, dentro daquilo que é possível no serviço ou fora daqui [...]”.

Já a trabalhadora Amarílis, como ela mesma referiu, “*pega carona*” na discussão nessas duas perspectivas de acolhimento (postura e atividade), colocando-nos que, quando a demanda de usuários em sofrimento psíquico começou a aumentar, dentro da Unidade Básica – surgindo, com isto, um movimento de reflexão crítica dos trabalhadores, revendo os seus *agires* em saúde, no plano coletivo, através de idéias e teorizações compartilhadas - ela passa a questionar o seu processo de trabalho, dentro do qual se vê como “*uma peça*” dentro de uma estrutura de atendimento serializada (Costa-Rosa, 2000), percebendo-se “*meio que como o fim da linha*” de uma unidade produtiva, já que “*alguém acolhia*” previamente o usuário, e depois lhe “*passava*”. Entretanto, a partir da transversalização que gerou devires nos processos de trabalho em saúde mental no serviço, a concepção de Amarílis sobre o acolhimento (e conseqüentemente seu modo de operacionalizá-lo) sofrem transformações porque sua “consulta” se redimensiona ao se configurar como o próprio acolhimento, mediante a compreensão, pela trabalhadora, de que este se dá em todos os momentos de sua interação com o usuário:

“Se a pessoa entra aqui, venha de onde for, pela primeira vez ou não, eu pego na mão dessa pessoa, porque ali eu já estou fazendo algum tipo de observação, pelo tônus da mão da pessoa... como profissional, eu não consigo ser de outra forma”.

Ainda sobre essas dimensões do acolhimento, Violeta nos traz um componente que julga nele essencial: sua potência em “*harmonizar*” a produção do cuidado em saúde mental, através da questão de organização do fluxo de usuários que batem à porta da unidade (acolhimento-atividade), e também da postura afetiva de “*bem recebê-los*” (acolhimento-postura). Isto porque, segundo essa profissional, não há acolhimento se, especialmente essas pessoas em sofrimento psíquico (já “*desassistidas*”), procuram o serviço e são postas em uma fila para serem chamadas daqui a seis meses, como havia antigamente na UBS, configurando uma situação na qual os usuários brigavam e agrediam inclusive fisicamente os trabalhadores da recepção. Para Violeta, é paradoxal o profissional criar vínculo com o usuário, através de uma “*boa acolhida*” e “*depois de tudo isso virar e falar para ele que nós não temos nenhuma vaga de consulta, nenhum lugar para que ele possa entrar, porque você joga ele na rua de novo!*”.

Então, isso não seria acolher o trabalhador, e essa profissional corrobora que é deste ponto de partida que a questão do acolhimento passou a ser olhada com mais atenção na UBS, quando a história começa a se transformar...

Voltando ao fluxograma, vemos que, no cotidiano desses trabalhadores da UBS, o acolhimento não se dá de forma parcelada, e apesar de compreendido em duas dimensões (postura e atividade) nas práticas do cotidiano de cuidados, atravessadas por tensões e alegrias, essas perspectivas se dobram, estão interconectadas. E um fato interessante é que esta constatação foi sendo feita também por eles à medida que a cada encontro o grupo focal se potencializava no sentido de se fortalecer como um dispositivo de análise crítica dos saberes e fazeres desses profissionais da equipe de saúde mental da Unidade Básica.

Assim, a partir do que consideramos o primeiro acolhimento realizado pela Unidade Básica à D. Manuela, quando do seu encontro com a assistente social, pudemos observar logo de início o quanto uma escuta qualificada e uma boa conversa podem ser dispositivos facilitadores do fluxo do usuário no serviço, pois, quando a assistente social investiga as necessidades de D. Manuela, colocando-se dentro de um plano aberto de possíveis (Pinheiro, 2001), muito mais do que intervir – se apenas a orientasse quanto à questão dos medicamentos, que era a demanda da usuária, por exemplo - aproxima-se de uma *noção de cuidar* (Guizardi, Pinheiro, 2006) ao perceber o qual vulnerável estava aquela pessoa que procurava o serviço e ao deixar-se marcar por aquela existência-sofrimento, buscando, a partir do vínculo com a usuária, a interação em equipe, abrindo-se para as redes pelas quais a UBS pudesse ajudar D. Manuela...

Essa questão do vínculo entre profissional e usuário nos encontros, como um dispositivo que, por sua vez, engendra o vínculo entre os trabalhadores de uma equipe, foi trazido até nós, no grupo focal, por uma das médicas acupunturistas, ao relatar um pouco de sua experiência.

Segundo a trabalhadora, esta sua vivência lhe trouxe um “*olhar ampliado sobre a clínica*”, através do qual passou a entender as dores físicas como algo a explicitar dores psíquicas, exemplificando um caso em que uma paciente, com o “*pescoço travado*”, vai melhorando consideravelmente quando Tulipa, intrigada com situação, passa a “*doar-se*” mais à relação, através de uma “*escuta interessada*” que permitiu, de acordo com a

profissional, que ambas tivessem o “*insight*” de que o problema em questão relacionava-se à “rigidez na forma com a qual a usuária vinha enfrentando a sua vida”.

Retomamos então, através desta fala, a premissa do que podemos chamar de uma “rede de vínculos” a partir da relação profissional-usuário:

“O que eu tenho observado é que, com isso, acaba existindo um vínculo que vai possibilitando, depois, a minha relação com a Amarilis, com o grupo” (médica acupunturista).

Com isso, observamos que este trecho nos mostra que, uma “escuta qualificada”, no âmbito “do possível” – aquele através do qual, segundo Rossi (2007) o falar e o “escutar o sentir” rearticulam os espaços de possibilidade de atuação - engendra também, entre os trabalhadores, conversas que criam possibilidades de superação e aprimoramento, com ações cuja potência pode assegurar o desdobramento positivo de dificuldades e conflitos.

Desta forma, quando pergunto aos trabalhadores daquele grupo, no processo de construção do fluxograma, como eles haviam sentido que fora a interação dos profissionais da UBS, na produção do cuidado ao usuário Bernardo e à sua mãe, a assistente social respondeu-me que para ela, particularmente, fora muito “*positivo*”, por duas razões: porque se sentia satisfeita, profissionalmente, com sua “*visão boa*” da saúde mental, encaminhando para a psicóloga os casos que realmente “*tinham que ser encaminhados*”; e pelo fato de perceber seu “*acesso fácil*” a esta profissional em todos os casos, possibilitando trocas entre elas na composição do cuidado.

Além disso, pudemos perceber, através do fluxograma, uma importante rede de conversações que se formou no serviço, envolvendo tanto os trabalhadores quanto os usuários, sustentada pela interação e articulação entre os profissionais que, através de várias discussões, refletiam sobre seus modos de agir individual e coletivo e decidiam, a partir desses debates, os itinerários terapêuticos a serem experimentados, agenciando, portanto, singularidades e acolhendo-se uns aos outros, porque, segundo nos disseram, o espaço das reuniões de equipe acaba sendo também um espaço de supervisão, especialmente por contar com a presença dos profissionais que têm uma formação direcionada para a saúde mental (30% deles). Assim, de acordo com Violeta, os trabalhadores, mesmo diante de situações

difíceis (foram citados casos de abuso sexual, tentativa de suicídio) sabem que têm com quem dividir, têm um apoio que dá segurança para continuar...

Nesta perspectiva, Trajano (2007) nos traz a importância do fortalecimento dos laços de solidariedade e cooperação apoiando os profissionais para o enfrentamento diário dos desafios presentes em seu trabalho, principalmente aqueles referentes aos conflitos produzidos nesse cotidiano.

Outro aspecto positivo que nos foi colocado pelos trabalhadores, a respeito deste trabalho em equipe interação (Peduzzi, 1998), foi que ele “*agiliza*” o fluxo do usuário dentro do serviço. Isto nos fica claro com o fluxograma, porque, através de sua construção, os profissionais da equipe de saúde mental nos trouxeram um “exemplo prático” acerca desses espaços abertos de conversação (Teixeira, 2003) na UBS. Assim, os trabalhadores nos contam que, ao comentarem os casos uns com os outros, pela primeira vez, seja nas reuniões quinzenais de equipe ou em outros espaços “*não-formais*”, na unidade – configurando, portanto, os primeiros agenciamentos – buscam, através dessas conversas, a possibilidade de “encaixe” dos usuários nos grupos, especialmente em situações de maior necessidade dos mesmos, já que por vezes a demanda é grande e nem sempre existem vagas dentro do que está normativamente instituído. Acreditamos, portanto, que isto se constitua em uma conexão a partir da qual emergem linhas de fuga que abrem fissuras na rigidez e aspereza da burocracia dos serviços, nada resolutive às necessidades do usuário em sofrimento psíquico.

Portanto, podemos dizer que a equipe de saúde mental do serviço, alinhada à perspectiva da integralidade, “quebra” a lógica de organização do trabalho “piramidal” - conformada “de gesso” e hierarquias – tecendo uma rede de múltiplas entradas, múltiplos fluxos, construída pela valorização das relações humanas, para as quais as subjetividades envolvidas são muito importantes, seja entre trabalhadores e usuários ou trabalhadores entre si (Cecílio, 2001).

Assim, constatamos que os trabalhadores de saúde da UBS, dessa equipe, são intercessores à medida que agentes de derivação ou de introdução da diferença; são “interferências constituindo agenciamentos, convocações ou modos de sentir-pensar-querer” (Ceccim, 2006, p. 261).

Neste sentido, produzem-se a si e aos cenários do trabalho em saúde, onde cada fronteira entre os perfis profissionais percutem na outra como intercessão por sua mudança, resultando em alteridade e aprendizagem, movimento através do qual emerge uma “clínica nômade”, em que os potenciais seguem se atualizando e o equilíbrio é a transformação permanente (Ceccim, 2006).

Em relação à D. Manuela e a Bernardo, foi muito interessante a forma como os profissionais buscaram interligar os dois casos, promovendo a integralidade do cuidado através de uma compreensão mais ampla do processo de sofrimento e adoecimento, especialmente ao trabalharem a questão da hipertensão de D. Manuela, sob a visão da totalidade do sujeito, dado o sofrimento psíquico enfrentado pela mesma e que, segundo eles, não poderia ser descolado do adoecimento de seu corpo físico. Assim, é no espaço de conversação entre trabalhadores e usuários, constituído pelo GOP, que D. Manuela expressa seu sofrimento relativo à hipertensão arterial.

Quanto ao Bernardo, o que primeiro nos chamou atenção, na construção do fluxograma, foi o seu acolhimento, realizado em parceria entre a UBS e o CECCO, tendo nos marcado, especialmente, a fala da psicóloga envolvida com o caso, no sentido de corroborar as potencialidades daquele dispositivo que existia na unidade:

“A meu ver, o acolhimento em parceria com o CECCO deu muito certo, porque a gente explorava junto o caso, e de lá você tinha um direcionamento para as oficinas do próprio CECCO, além da riqueza das discussões técnicas que a gente fazia quando o usuário ia embora, dizendo o que cada um havia sentido. Eu tive a oportunidade de discutir com várias pessoas do CECCO, nós nos dividíamos em horários, então cada um tinha uma referência, um parceiro no CECCO, foi interessante porque um serviço passou a entender melhor o trabalho do outro...”

Além disso, em nosso estudo anterior, verificamos, que a “experiência” do CECCO em estar no espaço geográfico da Unidade Básica, o qual se caracteriza, portanto, por uma população muito diversificada, é interessante pelo fato de atrair, para aquele serviço, as pessoas que vêm procurar a UBS com queixas de sofrimento psíquico – quando se auto-referem deprimidas, por exemplo - já que acabam conhecendo as atividades do CECCO e,

envolvendo-se com elas, encontram uma resolubilidade ao que vieram buscar, saindo daquela perspectiva circunstanciada pela doença (Caçapava, Colvero, 2006).

Com o fluxograma, pudemos notar a mobilização da equipe de saúde mental da UBS em relação ao caso, articulando-se e interagindo no sentido de buscar possibilidades de acolher Bernardo e vinculá-lo ao serviço, a despeito das dificuldades em envolver D. Manuela na perspectiva da promoção da autonomia do adolescente frente à vida, dissuadindo-a de sua obstinação por um rótulo diagnóstico ao filho. Tanto que este somente foi dado por outro serviço de saúde, o qual D. Manuela procura por conta própria, já que, segundo os participantes do grupo focal, a psiquiatra para a qual Bernardo foi referenciado, no território, também não estava manejando o caso sob o prisma da definição de um diagnóstico, de acordo com os mesmos, justamente “*por ter sacado*” o contexto envolvido.

Assim, em sintonia com o que discutimos sobre o caso de D. Manuela, uma rede de conversações também foi construída em relação a Bernardo, na UBS, através de diversos agenciamentos dos trabalhadores, na tentativa de experimentarem caminhos através dos quais pudessem “melhor cuidar” do usuário.

E, para a psicóloga envolvida, a “*riqueza*” do trabalho desta equipe, em relação a este caso, esteve na disponibilidade dos profissionais e no espaço que foi aberto a eles - democrático e sob a égide de um agir coletivo – com potências para a invenção, porque foi com Bernardo e mais dois adolescentes que surgiu esta demanda nova nos serviços, inaugurando o Grupo de Adolescentes na UBS. Assim, segundo Gerânio, a construção deste grupo se deu:

“[...] com muita discussão, sentar horas ali vendo o que se poderia fazer, muitas tentativas, muitos erros e sucessos, ‘entrando juntos’ mesmo sem ter trabalhado em grupos com adolescentes, e tirando de nós aquele imediatismo em resolver as coisas, pensando em discutir o tipo de solução que a gente pode oferecer com o que a pessoa quer; foi aí as coisas foram entrando nos eixos e a gente foi ficando com uma linguagem cada vez mais próxima [...]”.

Entretanto, pergunto aos participantes do grupo focal se houvera tido algum contato entre o CAPS e a UBS, assim que Bernardo fora encaminhado para lá, há cerca de dois

meses (desde a entrada de Bernardo, na UBS, até a sua saída, decorreria aproximadamente um ano). A resposta foi negativa, mas complementada no sentido de que eles estariam “*abertos ao diálogo*”, se o serviço especializado os procurasse. Aliás, neste momento entra em cena uma personagem importante, Peônia, que trabalha também no CAPS. Como infelizmente não pôde estar presente no primeiro encontro para o fluxograma, é através dos profissionais participantes que soubemos que foi Peônia quem lhes concedia as informações “*extra-oficiais*” do caso - e através de quem, inclusive, eles souberam que Bernardo estava realizando o tratamento no CAPS.

Rosa então se queixou da falta de articulação entre os serviços, pois as informações que tiveram sobre o que se passou com Bernardo, fora da UBS, foram apenas obtidas através da mãe e de Peônia, “*oficialmente não ficamos sabendo, fomos ignorados, de repente o CAPS está lá tratando e também não dá informações para a gente*”. Assim, a indignação de Rosa e também de Amarílis, dizem respeito ao fato do CAPS não ter procurado a UBS, no sentido de buscar uma conversa esclarecedora com este serviço, tanto para comunicar seus trabalhadores sobre esta mudança ocorrida - “*por uma questão ética*” - quanto para “*alimentar-se*” de informações que poderiam fornecer elementos importantes para a construção de um projeto terapêutico, o qual, inclusive, poderia envolver uma parceria entre os serviços, e destes com o CECCO, com vistas à integralidade ampliada (Cecílio, 2001).

Desta forma, os encontros do grupo focal permitiram que validássemos as dificuldades que já havíamos identificado no estudo anterior, que mostram a fragilidade da consolidação de uma rede de cuidados em saúde mental, no território, sobretudo marcada, no caso de Bernardo, pelos ruídos de comunicação entre o CAPS e a UBS, já que não houve conversas entre os dois serviços. No entanto, cremos que, neste caso, não se trata de polarizar a situação e buscar versões que possam explicá-la através da culpabilização do CAPS e/ou da UBS por esta “ausência do encontro”; até porque fica evidente, mediante a falta de articulação e interação entre os serviços, que ambos mutuamente “interditaram-se”, porque o primeiro passo rumo à explicitação de um desejo de discussão, de busca conjunta de soluções, não foi dado por nenhum dos dois, ou seja, não houve uma tomada de iniciativa neste sentido.

Como vimos, a profissional Peônia não pôde estar presente no primeiro encontro para a construção do fluxograma, mas neste mesmo dia os profissionais comentaram que as informações que possuíam sobre o caso, desde que Bernardo houvera sido encaminhado do Instituto de Psiquiatria para o CAPS, foram fornecidas, além de D. Manuela, por ela. Desta forma, o que os profissionais da equipe de saúde mental da UBS sabiam, à época da coleta de dados, é que Bernardo estava evoluindo bem; participava de um grupo de adolescentes, no CAPS, e também estava namorando uma usuária, notícia considerada pelos participantes do grupo focal como sendo muito positiva, haja vista que uma das principais dificuldades que haviam sido apontadas, com relação ao usuário, dizia respeito à sua afetividade, já que ele não conseguia se vincular às pessoas, além de ser um jovem bastante regredido. Ademais, a assistente social da UBS comenta que, da última vez em que D. Manuela esteve Neste serviço, contou-lhe que Bernardo havia recebido o bilhete gratuito de transporte público, e que passara a se locomover de ônibus sozinho, pelas imediações do bairro.

Bernardo, segundo a médica acupunturista envolvida com o caso soube por D. Manuela, também havia tentado levar um currículo para trabalhar em um supermercado, mas a mãe foi junto com ele, o que lhe causara constrangimento; segundo a profissional, ele dizia: *“mãe, mas ninguém está acompanhado aqui na fila para entregar o currículo, ninguém tem mãe junto”*. Para a médica, essa reação de Bernardo junto à mãe representava uma mudança, um momento de crescimento dele, apesar da mãe *“podá-lo”* constantemente...

Então, quando pergunto a eles sobre como esse atendimento havia os afetado, enquanto trabalhadores, e como, em sua opinião, havia afetado os usuários, na maneira de ser, pensar, agir e sentir, as respostas foram:

“Olha, para mim foi um caso que eu não consegui fazer uma vinculação, então eu não vi sucesso nisso, porque, no tratamento do psicólogo, sem vinculação não dá para trabalhar. Mas, olhando agora, nossa, quanta coisa foi feita, pelo menos tentamos fazer, então acho que não foi uma coisa com tanta falta de sucesso assim, a gente tentou, é um caso complexo e fizemos o que estava dentro do nosso alcance...” (psicóloga)

“Eu acho que o que mais motivou a gente a querer se envolver foi essa questão de que a gente não acreditava no diagnóstico, entendeu, então a gente batalhou para ver se ele

crescia, e quando a mãe viu que ele estava ali exercitando uma vontade, ela ficou brava, aí todo mundo falava, ‘eba, ele está melhorando!’. Ele teve um movimento, realmente ele teve momentos aqui que a gente avaliava que ele estava conseguindo se colocar. Eu acho que mexeu um pouco com a gente porque vibrávamos com as possibilidades dele...” (médica acupunturista)

Neste momento, Gerânio, até mesmo pelo seu semblante pensativo, nitidamente marcado pela conversa que estava sendo delineada, coloca para o grupo que, se Bernardo tivesse ficado mais tempo com eles, na UBS, talvez tivessem conseguido alguma coisa a mais...

Então, os trabalhadores, de forma reflexiva, têm alguns *insights* a respeito de seus processos de trabalho, em equipe, na Unidade Básica, comentando sobre esse compartilhamento que realizam dos casos, em equipe, privilegiando “*os espaços de discussão e de troca*”, com um “*dinamismo e uma sintonia*” que definem como “*fora de série*”.

Solicito a eles que procurassem retomar a concepção de cada um sobre cuidado, e refletindo se proporião mudanças nos processos de trabalho em saúde mental, na UBS, e, em caso afirmativo, quais seriam essas mudanças. Então percebemos que, a partir desta discussão, são verdadeiramente apontados os mapas dos conflitos enfrentados por esta equipe, na UBS, já que eles nos relatam que, “*infelizmente*”, não havia essa articulação e interação com os outros profissionais do serviço, que se negavam a trabalhar em grupo, manifestando isto inclusive nas reuniões técnicas; para Amarílis, este fato “*bloqueava o acesso*” àquele profissional porque ele de fato assumia uma postura irredutível.

Neste momento, Gerânio relata que, em sua opinião, há ainda muitas coisas para serem trabalhadas na UBS, porém que eles ainda não conseguem transformar. Desta forma, dá continuidade à discussão levantada por Amarílis, trazendo à tona a dificuldade desta equipe de saúde mental para “*quebrar as barreiras*” de comunicação entre os profissionais que “*não conseguem se engajar*” nos processos de trabalho em saúde mental, na unidade, “*preferindo mandar um bilhete escrevendo que a pessoa precisa de um psicólogo, eles estão dizendo que não querem fazer nada além [...]*”. Diante deste panorama, Gerânio faz

então um desabafo: “[...] *é difícil ter pernas para ficar achando estratégias para tantas coisas*”.

A profissional Íris então faz a seguinte intervenção:

“Nós conversamos com um profissional do posto e parecia que eu estava falando uma língua e ela estava falando outra, nossa, mas foi tão difícil de conversar com essa pessoa, parecia que eu estava falando outra língua, não havia um eco no olhar, no gesto, nada...”
(Íris).

Amarílis dá continuidade ao debate que iniciara dizendo que, para ela, esta impermeabilidade entre as diferentes categorias profissionais é muito ruim, porque, do contrário, quando há a troca, *“sai isso que vemos nesta equipe, são olhares diferentes, e quem ganha com isso é o paciente; agora acho que essa coisa de ‘não quero, não gosto’ tem que ser melhorada, se tomarmos a unidade como um todo”*.

Assim, através de uma perspectiva otimista, Violeta nos remonta à história a partir da qual essa equipe se configurou, sendo perpassada por fissuras que foram abertas à medida que oportunidades de mudanças, muitas vezes pequenas, eram percebidas por eles, o que se deu aos poucos, demorou para chegar: *“então eu acho que isso é uma coisa, é você sacar e aproveitar, por aqui dá para ir, vamos tentar”*. E, diante desta fala, Amarílis destaca que a equipe de Odontologia havia manifestado, recentemente, interesse em *“compor alguma coisa”* com a equipe de saúde mental, o que, para ela, era *“positivo”*, um sinal de movimento.

Outra dificuldade colocada pelos profissionais, em relação à organização dos processos de trabalho em saúde mental, diz respeito à grande demanda de usuários em sofrimento psíquico e o número de vagas insuficientes para receber todos eles, conforme já comentamos, o que traz um sentimento de angústia e impotência a esses profissionais. Para Amarílis:

“Às vezes eu vejo que eu estou acolhendo e o meu grupo lá está com ‘50.000’, então é complicado isso para mim, saber que aquela pessoa está precisando naquele momento e eu não tenho como encaixá-lo”.

Nesta direção, Violeta nos coloca que, mesmo esta infra-estrutura configurada na unidade, em relação à produção do cuidado em saúde mental, *“ela também tem seus limites”*, porque *“chega uma hora em que todas as pessoas estão com dificuldade, e tem outra coisa, a gente tem muita resistência no ambiente geral...”*.

Quanto a esta fala, Violeta estava se referindo à falta de psiquiatras nas unidades de saúde de referência do território, porque, de acordo com ela:

“você precisa que o paciente retorne para o psiquiatra e o psiquiatra está com a agenda lotada, ele não pode receber naquela hora, ele vai poder receber dali a três meses”.

Além disso, uma outra questão trazida por Violeta diz respeito aos medicamentos, que chegam a UBS em quantidade insuficiente, exigindo que os usuários vão até o CAPS buscar; no entanto, o que a profissional relata é que, chegando ao CAPS para retirar os medicamentos, muitas vezes a pessoa que trabalha na farmácia *“não dá crédito a este paciente”*, e pede para que ele retorne a UBS para se haver com esta questão. Segundo Violeta, quando isto acontece é necessário que ela faça um contato telefônico com o funcionário do CAPS explicando a situação, para que o usuário possa lá voltar, o que é oneroso, sobretudo a ele.

A respeito destes temas trazidos por Violeta, Peônia tece o seguinte comentário:

“[...] a gente encontra essa barreira, de pedir avaliação psiquiátrica que demora muito e das medicações acabarem, não só aqui como em outros serviços também, aí o paciente acaba rodando e entre em surto, e isso é um sofrimento...”.

Com relação aos profissionais da recepção, segundo os participantes do grupo focal, embora a situação tenha evoluído bastante após as estratégias de acolhimento que foram feitas a eles - principalmente na perspectiva dos encontros entre os mesmos e os usuários - *“a recepção ainda não consegue trabalhar em equipe”*, e especialmente *“se engajar nos processos de trabalho em saúde mental”*, inclusive no sentido de buscar *“compreender”* o fluxo da organização do trabalho em saúde mental no serviço, já que por vezes *“oferecem*

informações incompletas ou erradas aos usuários”, os quais, por sua vez, acabam por “bater na porta” dos próprios profissionais de saúde para esclarecerem suas dúvidas e mesmo exigirem sua consulta, o que, de acordo com Violeta, “atrapalha o trabalho” na medida em que precisam interrompê-lo para tentar resolver a “confusão” causada.

Gerânio então discute esta questão pelo viés da “*gestão dos recursos humanos*” dos órgãos competentes, destacando a “*seleção problemática*” dos trabalhadores no campo da saúde pública – contratando pessoas que não têm perfil para trabalhar nesses serviços – ou mesmo transferindo, entre os serviços, pessoas que, por não se adaptarem a determinada unidade de saúde, são recolocadas em outra, trazendo também dificuldades no novo local de trabalho porque, segundo esse profissional, o nó-crítico parece estar de fato na ausência de uma formação profissional adequada, o que leva à configuração de um quadro de pessoal, como já houve na UBS, em que “*pessoas maltratam o público, auxiliares de enfermagem não querem medir a pressão...*”.

Nesta perspectiva, Rosa traz ao grupo uma colocação interessante, comentando a diferença que há entre os processos de trabalho dos profissionais com formação no campo da saúde e os profissionais da recepção ou da parte administrativa, os quais estão envolvidos com “*questões mais burocráticas*”. Para a profissional, em relação aos primeiros, há um maior envolvimento com o usuário devido “às maiores possibilidades de troca”, “*porque tem essa coisa do ganho, você aprende, você cresce, você se envolve mesmo no caso [...]*”; além disso, dando continuidade a esta fala ela também nos aponta a interface do vínculo trabalhador- usuário e trabalhador-trabalhador, no trabalho em equipe:

“[...] e ganhamos muito com esse trabalho em equipe, há alguns anos eu nem imaginava que pudesse vivenciar essa experiência de discutir, aprender, além do que você atende melhor o paciente”; mas, quanto ao “trabalho mais administrativo”, o usuário entra, faz um primeiro contato, “mas é diferente, não tem aquela coisa de conhecer, é um outro tipo de envolvimento”.

Então, Violeta relembra ao grupo a questão das oficinas, e das “*melhoras*” que ocorreram com esta estratégia, pois:

“O pessoal da recepção começou a perceber mais esta dinâmica do paciente e teve mais facilidade para ficar ali na porta, porque aquele paciente que chegava ali na recepção era o paciente que ele cuidava na oficina, então quando isso passou a acontecer, as coisas melhoraram bastante, trouxe até eles motivação, porque esses profissionais também estavam em sofrimento”.

No entanto, aqui nos cabe novamente uma abordagem acerca do “caso da recepção”, na UBS. Acreditamos que, na história do serviço, embora tenham acontecido transformações importantes no sentido de qualificar as relações nos processos de trabalho desses profissionais, o trabalho vivo dos mesmos sofreu capturas quando eles provavelmente não encontraram novos territórios de significações para darem sentido a sua produção do cuidado, no momento em que as “novas estratégias” “tornam-se velhas”. Ou seja, cremos que, no mundo do trabalho da Unidade Básica, a “desvitalização” de espaços de conversação que incentivavam suas interrogações geradoras dos processos de transformação, de certa forma “inadaptou-os” novamente ao serviço, porque enfraqueceu a potência do trabalho vivo (Merhy, 1997a).

Assim, resgatando a discussão sobre os trabalhadores de saúde que, segundo os participantes do grupo focal, “*não se engajavam*” nos processos de trabalho da equipe de saúde mental, e também o “*caso da recepção*” - lembrando-nos do questionamento feito por eles sobre como motivar este pessoal - traremos a contribuição de Santos-Filho (2007b), autor que levanta algumas questões acerca da importância de um serviço de saúde tornar-se um espaço confortável, participativo e satisfatório, já que esta seria uma forma de valorizar o trabalhador, e com isto, de acordo com Franco (2006), transformar uma unidade de saúde em um espaço passível de abrir linhas de fuga para que o trabalho vivo em ato possa se realizar com maiores graus de liberdade, mostrando sua potência criativa.

Desta forma, para Santos-Filho (2007b, p. 261), a valorização dos trabalhadores se constituiria mediante uma construção compreendida e construída com eles próprios, a partir de suas realidades de trabalho e negociações que se disparam no próprio cotidiano dos serviços, das equipes, da rede. Por conseguinte, o autor nos traz algumas propostas no sentido de “abrigar” as questões levantadas, dentre as quais apontamos o incentivo e a garantia de momentos de encontros/aproximações entre trabalhadores/equipes/usuários,

considerados como momentos de produção/construção/planejamento, trocas de experiências, integração entre equipes.

Sabemos que estes encontros já acontecem, na UBS, na perspectiva da equipe de saúde mental, e que também são abertos a todos os profissionais do serviço que desejarem participar. Porém, a queixa dos trabalhadores dessa equipe foi que *“são sempre os mesmos que participam”*. No entanto, uma questão trazida por Rosa foi a seguinte: era verdade, de fato, que os encontros eram abertos e sempre o mesmo grupo participava; porém, *como esse convite à participação fora feito, no sentido de atrair os trabalhadores que não faziam parte desta equipe a participarem?*

“É assim, eu acho que não é tão... o convite é para todos, não é que a gente fecha, mas também não convida, entendeu? E como começou através de uma reunião da acupuntura, lógico que quem não era da acupuntura não achava graça nenhuma...” (Rosa).

Amarílis então se contrapõe:

“Depois que passou para a saúde mental, a gente chamou, nossa, chamamos todo mundo, várias vezes, inclusive foi aberto para o pessoal do CECCO, mas também não foi utilizado, e o curioso é que todos aqui de uma forma ou de outra acabam atendendo a saúde mental, seja na recepção, na Odonto, na Ginecologia, no Serviço Social, Enfermagem, os médicos, todos...”

De qualquer forma, observamos que o próprio fato de existirem opiniões distintas era um sinal de que havia, entre o grupo, algum desconforto no sentido de sua percepção sobre a forma como as reuniões da equipe de saúde mental fechavam-se ou não em relação aos outros trabalhadores da UBS, no sentido de promoverem oportunidades de entrada nele a partir de outras estratégias, podendo esse ser considerado também um ruído de comunicação, o qual demandaria iniciativas e instrumentos para melhorar a comunicação, informação, interlocução e arranjos (Santos-Filho, 2007b).

Outra questão colocada por uma trabalhadora, Violeta, refere-se aos usuários em sofrimento psíquico, da UBS, que começam a faltar em seus encontros no serviço, sejam eles nos espaços de consulta individual ou nos grupos terapêuticos. A profissional nos traz

então a dificuldade em se trazer este paciente de volta, se somente através de um contato telefônico, por exemplo. Assim, ela nos coloca que, embora Peônia e Dália costumem fazer visitas domiciliárias, disponibilizando-se neste sentido, muitas vezes estão sobrecarregadas, e encontram dificuldade para tal. Aliás, foi Peônia quem trouxe do CAPS a idéia das visitas domiciliárias aos usuários em sofrimento psíquico do serviço, como já comentamos.

Desta forma, Peônia busca, no seu trabalho, num *devir-vida*, a criação - a partir da qual florescem, no serviço, dispositivos para a construção cotidianas de novos modos de se produzir ações de saúde, através de novas relações dos usuários com os trabalhadores e destes entre si, tendo, portanto, enquanto trabalhadora, uma capacidade inventiva que resiste à pura execução prescritiva, e, conseqüentemente, tomando um papel importante na construção de práticas e de subjetividades mais cuidadoras, promovendo agenciamentos coletivos que estimulem as trocas afetivas, a solidariedade, as *linhas de força* que atravessam o trabalho morto (Benevides de Barros, Barros, 2007; Aragon, 2003).

Assim, para Gerânio, Peônia é uma profissional que “*abre a guarda*” e que “*dá uma mão muito grande*” à unidade, sendo uma “*peça-chave*”, na história da UBS, no sentido de liberar vida aos acontecimentos, experimentando estratégias que vão compondo relações na vida cotidiana do trabalho através da contaminação dos outros profissionais, sendo uma agente de transformação que coloca em ação as potências de cada um. É interessante notar como Peônia, reconhece, no seu trabalho, a sua obra, significando-o como o prazer, a alegria, valorizando a grandeza da simplicidade em se produzir conexões a partir do plano coletivo, que geram um cuidado grávido de devires:

“Eu vou falar rápido e simples... é assim, eu não tenho um grande estudo, assim, de escola, mas graças a Deus eu tenho muita vivência, tenho crítica, então eu me vejo assim, bem pequenininha, mas eu consigo ver e sentir que as coisas andam, mesmo que seja devagar, que como a Amarílis falou, nós conseguimos fazer coisas que têm um valor enorme para o outro que recebe, e agente percebe isso pelo olhar, pelo modo como as pessoas se dirigem à equipe, a gente vê que você não precisa de muito, às vezes uma palavra, um olhar, um abraço, um aperto de mão para a pessoa que naquele momento precisa é muita coisa... então para isso não precisa de muito estudo (que precisa para várias coisas), todo mundo pode fazer um pouquinho e com esse pouquinho eu me sinto muito bem, eu gosto de poder fazer isso, eu me sinto bem fazendo isso...”

Assim, ao final do último encontro para a construção do fluxograma, realizo uma recapitulação do que foi discutido, e a profissional Peônia, presente neste dia, traz até nós, também, neste momento, uma complementação ao percurso que havia sido feito, encerrava, encerrando, com isto, a atividade. Contou-nos que Bernardo estava indo ao CAPS todos os dias, e que percebia que ele estava “*empolgado*”, falando em tocar um instrumento porque havia feito amizade no CAPS com um usuário que tocava violão, querendo fazer músicas para dedicar à namorada. E que estava conseguindo tomar algumas atitudes diante da mãe, o que deixava a equipe do CAPS satisfeita, pois tudo isso significava que Bernardo “*estava se abrindo para uma coisa nova...*”.

5.2.3 Trabalho em equipe e acolhimento: as (inter) faces singular e coletiva do trabalho

O ser humano se torna eu pela relação com o você. À medida que me torno eu, digo você. Todo viver real é encontro (Martin Buber).

Neste capítulo, nossa intenção é fazer um percurso olhando para os significados dos trabalhadores acerca do cuidado ao usuário em sofrimento psíquico; para as dificuldades e facilidades que encontram para acolherem este sujeito e para realizarem o trabalho em equipe. Portanto, buscamos reconhecer, na UBS estudada, o território existencial do cuidado em saúde mental, atravessado pelas (inter) faces singular e coletiva do trabalho, nas quais o acolhimento se dobra, tecendo uma rede de trabalho afetivo que tem por matéria-prima devires, conexões e fugas...

Já pudemos acompanhar, nesta cartografia, algumas construções e desconstruções de mundos que transformaram universos instituídos, obsoletos, da UBS, inventando vias que tornaram mais vivas as dimensões da produção do cuidado em saúde mental através das intencionalidades dos sujeitos que, agindo em seus fluxos de intensidades articuladas e integradas, produziram-se ao mesmo tempo em que produziram uma nova realidade (Rolnik, 1989; Franco, Merhy, 2007).

Com isto, veremos que, neste capítulo, retomaremos algumas abordagens que já fizemos no decorrer deste estudo, no sentido de resgatá-las, complementá-las, dobrá-las, interconectarmos-nas ao que está por vir, pois a própria metodologia que utilizamos nos permite essa abertura e dinamicidade, porque rica, para os trabalhadores, em uma potência de capacidade de auto-análise, que lhes gera maior possibilidade de se “mover” no mundo, dando sentido para aquilo que, segundo Franco e Merhy (2007), é a missão de uma determinada equipe de saúde: o cuidado do outro e de si.

Para os autores, “cuidar de si é pressuposto para cuidar dos outros, dá potência à produção cotidiana do trabalhador de saúde” (p. 10); e, à medida que este “monta” e “desmonta” mundos, opera seus processos de trabalho na “plataforma do instituinte”, abrindo novas linhas de vida.

Quando perguntamos aos trabalhadores da UBS, que participavam do grupo focal, o que significava para eles cuidarem de um usuário com sofrimento psíquico, e como se sentiam neste papel, as primeiras respostas giraram em torno dos ruídos deste cuidado, atravessado por conflitos que dizem respeito, sobretudo, à impotência sentida pelo trabalhador quando, apesar de toda sua disponibilidade para a “ajuda”, o usuário “*não aceitava começar uma nova vida*”.

Desta forma, logo na atividade de sensibilização, no primeiro dos encontros do grupo focal, Amarílis pede para falar sobre um caso que, segundo ela, fora o mais marcante de sua trajetória profissional, por tratar-se de uma mulher com uma depressão bastante importante, que tinha sérias dificuldades de relacionamento com o marido, e um dia chega à unidade muito machucada, “*com o braço numa tipóia*” e contando como o companheiro havia dado uma “*surra*” nela; e, um tempo depois, esse mesmo marido a internara em um hospital psiquiátrico, onde ela ficou por seis meses. No entanto, segundo o relato de Amarílis, complementado pela fala de Peônia – que também nos disse ter cuidado desta usuária – mesmo depois “*daquilo*” ela não conseguiu começar uma nova vida, e até agora é casada com esse homem, que continua a violentá-la...

Naquele momento da discussão, então, questões concernentes a essa impotência sentida pelos trabalhadores, disparadas pelo depoimento de Amarílis, vêm à baila. Íris, por exemplo, faz uma crítica aos profissionais de saúde, embora deixando claro que também estivesse fazendo, ali, uma autocrítica:

“A gente esbarra mesmo direto nessa impotência, acho que não respeitamos o momento do outro, a necessidade do outro, os valores do outro, porque às vezes eu gostaria que as coisas fossem de um outro jeito, mas elas são assim, então é uma realidade que você está a toda hora se defrontando”.

Concordando com Íris, Orquídea traz até nós a questão desses pontos de tensão que são constitutivos do ato cuidador – que, segundo Merhy (2007a), é essencialmente intercessor por ser relacional e em ato:

“Quando atendo uma pessoa, não vou assim com uma coisa pronta, procuro ver o que o outro está querendo, até que ponto eu posso ajudar essa pessoa, até que ponto ela está querendo ser ajudada, mas a resposta que eu ajudo ela a achar pode ser diferente daquela que eu imaginei para ela, e ela pode fazer escolhas que ela se dê bem na vida e escolhas que ela continue se dando mal. Isso acaba trazendo uma certa frustração para a gente, mas temos que aprender a lidar com os dois lados da moeda, né? A opção é da pessoa, para nós, fica a aprendizagem, que é constante”.

Com este movimento, vimos que a profissional traz ao grupo uma reflexão importante, sobre o respeito ao direito do usuário desejar ou não o cuidado do modo que lhe é ofertado, trazendo sua percepção direcionada à promoção do cuidado implicado com a autonomia do usuário para fazer escolhas, porque os “bens doados” a ele, nessa relação, são como “uma vara para produzir pesca”, ofertando-lhe ferramentas através das quais o usuário possa encontrar por si as respostas que busca, aumentando a sua governabilidade sobre o mundo – ainda que as escolhas feitas sejam aos olhos de quem cuida, “estrangeiras” (Merhy, 2007, p. 29).

Assim, com esta temática acerca de suas percepções e significados sobre o cuidado ao usuário em sofrimento psíquico, os participantes do grupo focal vão tecendo também uma discussão sobre as interfaces entre o trabalho singular e o coletivo, na dimensão de uma rede afetiva. Rosa então nos diz:

“Nem sempre a nossa saúde mental está em dia, às vezes a gente ‘roda’, né? Às vezes a gente se identifica, depende do caso, tem a ver com a gente, ou o caso é mais complicado, mas uma coisa que a gente tem é que, nesse grupo, quando a gente balança, um dá uma segurança no outro.

Íris concorda, pois, segundo ela, no serviço *“acontecem mesmo coisas que são pesadas”*, e por isso precisa haver mesmo um espaço, em que os trabalhadores possam *“aliviar a tensão, falando, conversando...”*

Para Merhy (2007b, p. 60), em relação a essas questões abordadas, os trabalhadores de saúde mental de fato encontram muitas dificuldades para entenderem e resolverem várias questões envolvidas no “exigente” mundo do seu trabalho, dentre elas, a “existência de um cotidiano fortemente habitado por intensas demandas de cuidado que usuários têm sobre a equipe” e a presença marcante de um imaginário do trabalhador, acerca de seu “agir clínico”, o qual é pensado como capaz de fazer com que o louco não fique “nem mais enlouquecido e nem excluído”.

Segundo o autor, caminhar nessas linhas coloca então, sobre o ombro dos trabalhadores, importantes pesos para o seu agir, que facilmente os fazem experimentar, o tempo todo, sensações tensas e polares, como as de potência e impotência, construindo, portanto, no coletivo dos trabalhadores, situações paradoxais, já que estes:

“[...] cobram de si e do conjunto posicionamentos profissionais e estados de ânimo muito difíceis de serem mantidos, durante todo o tempo do trabalho; particularmente, para aqueles que ofertam seu trabalho vivo para vivificar o sentido na vida do outro” (Merhy, 2007b, p. 60).

Na UBS, observamos que apesar dessas situações apontadas por Merhy (2007a) existirem, e gerarem nos trabalhadores impotência – esses profissionais nos relatam que têm conseguido experimentar instituir, como parte do seu cotidiano, supervisões institucionais e clínicas, dadas pelas reuniões quinzenais da equipe de saúde mental, que se

constituem em arranjos que lhes permitem re-ordenar suas tristezas e sofrimentos, inclusive realizando o autocuidado de si como cuidadores (Merhy, 2007b).

Além disso, como já dissemos, o fluxo comunicacional desta equipe foi referido pelos trabalhadores como sendo bastante aberto e independente em relação aos espaços formais de conversação, como as reuniões quinzenais, por exemplo, o que possibilita que outros “arranjos” também sejam conformados, entre eles, na Unidade Básica, *complexificando* suas redes de conversa e contratualidades (Merhy, 2007b).

Para este autor, esses “arranjos”, deslocando e recolocando o fazer cotidiano, especialmente em processos de trabalho que se alimentam do trabalho vivo em ato, expõem questões que permitem ao coletivo pensar e falar, interrogando-se sobre “o que lhes entristece e exaure”. Assim, “com essas interrogações abrem oportunidades de se re-situarem em relação ao trabalho, e, assim, esses profissionais não apenas “geram alívio” nos usuários, mas encontram alívio para encarar a produção cotidiana, possibilitando a criação coletiva das suas desconstruções (Merhy, 2007b, p. 62).

Então, o autor traz até nós que:

“[...] Apostar na construção de processos de trabalho que produzam cuidados para usuários e cuidados para os cuidadores é vital, nesse percurso, pois permite vivificar o trabalho em saúde que aposta na construção da qualificação de vidas” Merhy (2007b, p. 65).

Com relação às dificuldades e facilidades que encontram para produzirem o acolhimento em saúde mental, os trabalhadores participantes do grupo focal relacionaram-nas com o trabalho em equipe; por esta razão nossa intenção é fazer esta interconexão e discussão.

Neste sentido, os trabalhadores destacaram, nos grupos focais, primeiramente, as facilidades: a) seus próprios conhecimentos e habilidades, relacionados com as competências das áreas da saúde em geral e às especialidades que escolheram; b) “*a infraestrutura*” que conseguiram “*montar*” na UBS, o que lhes permite receber o usuário com qualidade e direcionar o seu fluxo, no serviço, de forma resolutiva; c) o trabalho em saúde mental, *em equipe* – que surgiu, como vimos, a partir de uma necessidade, do serviço, de discutir o acolhimento, na perspectiva de repensar os processos de trabalho e os modos de

cuidar, atreladas ao aumento expressivo da demanda de usuários em sofrimento psíquico e/ou com transtornos mentais.

Deste modo, quanto aos conhecimentos e habilidades para produzirem o cuidado em saúde mental, destacam-se as falas dos profissionais que realizam as práticas complementares, os quais trazem como elementos essenciais dos seus saberes e fazeres, a predisposição para a escuta qualificada, o vínculo, a conversa, pois, segundo a médica homeopata:

“A própria entrevista homeopática e de acupuntura já faz um vínculo com o paciente, e é a partir deste vínculo que acontece todo o resto, se não tem a vinculação nada acontece...”

Neste sentido, uma das psicólogas comenta sobre a sua satisfação em ver que, quando os médicos acupunturistas passaram a desenvolver uma “*conversa melhor*” com os usuários, isso facilitou muito o trabalho dos profissionais da psicologia, porque, quando conversam, “*o caso já é contado*” de forma “*redondinha*”:

“Quando você vai fazer a intervenção já tem muitas informações, o caso já é passado de uma forma diferente, então você já sabe mais ou menos onde vai pesquisar, e já pode ir conversando com o profissional que virá a atender a pessoa lá mais para frente”.

Vimos, portanto, que essas conversas, no tocante às práticas dos profissionais de saúde, realmente se dão na perspectiva de uma rede, porque a psicóloga, ao “*receber*” o usuário, já vai pensando nos agenciamentos que poderiam ser feitos no sentido de uma pesquisa e busca de alternativas para o cuidado, colocando-se na posição do outro – o que significa não reduzir o usuário a sua doença, mas respeitá-lo como sujeito, abrindo os caminhos para inseri-lo em outros processos relacionais produtores de novas conversas e novos potenciais arranjos...

Além disso, diante de se ver como parte desses agenciamentos, a mesma psicóloga relata sua satisfação, pois se diz muito contente se seus colegas, ao estabelecerem um vínculo com o usuário em sofrimento psíquico – que busca a unidade com queixas de outra

ordem que não a da saúde mental, por exemplo - conseguem, através de conversas com o mesmo, fazê-lo perceber a importância de ser cuidado também por um outro profissional – pois, de acordo com o que os trabalhadores nos relataram, há muitos casos em que o usuário resiste em se consultar com a psicóloga, por “*achar que não precisa*”.

Já a profissional Dália destaca como uma facilidade para o desenvolvimento do acolhimento em saúde mental, a habilidade para trabalhar em grupos. Enquanto uma participante na construção cotidiana desta estratégia de cuidado, Dália também considera muito importante o momento em que um determinado grupo terapêutico termina, pois com isso é aberto um espaço para a discussão entre os trabalhadores, onde “*são colocados os pingos nos is*”, já que, segundo ela, por muitas vezes nessas conversas “*saem coisas pessoais que precisam ser discutidas*”, e por isso esse acaba também sendo um “*momento de supervisão que os profissionais precisam*”.

E, tanto Dália quanto Violeta trazem um aspecto muito interessante acerca das habilidades e conhecimentos que julgavam importantes para a realização do acolhimento, porque são trabalhadoras que buscaram ferramentas que pudessem ajudá-las na produção do cuidado em saúde mental. Assim, Dália resolveu cursar uma pós-graduação na área de terapia familiar, e Violeta referiu que comprara um livro de psiquiatria para “estudar medicações”, com a intenção de conseguir prescrevê-las e modificá-las, na medida do possível, em face da grande demanda de saúde mental que atende no serviço e da dificuldade de encaminhá-la aos serviços de referência.

Quanto à “infra-estrutura” construída na UBS, na perspectiva do acolhimento em saúde mental, ela está relacionada, segundo pudemos depreender dos trabalhadores desta equipe, à própria organização do trabalho no serviço. Desta forma, os trabalhadores relatam que atualmente conseguem receber todos os usuários que chegam à Unidade Básica, e um elemento muito importante neste sentido, segundo eles, foi a iniciativa de uma das médicas acupunturistas, que também é clínica geral, disponibilizar, em sua agenda, as manhãs de terça-feira para o atendimento em saúde mental, acolhendo usuários que, ao serem encaminhados de outros serviços, como o pronto-socorro ou o CAPS, marcam, ao chegarem à recepção, uma consulta com esta profissional. Já aqueles que chegam por demanda espontânea, são “encaixados” na agenda desta terça-feira se conseguem chegar à UBS até as onze da manhã.

Assim sendo, de acordo com esta profissional:

“Eu abri um dia na minha agenda para atender os pacientes da saúde mental que estavam vindo de outros serviços, e o dia que ficou acertado na reunião aqui nossa, para que não atrapalhasse muito o meu atendimento da acupuntura foi a terça-feira. Isso aconteceu porque os outros médicos, inclusive os clínicos, estavam muito sobrecarregados, na agenda não caberia mais pacientes novos, e esses pacientes não poderiam ficar esperando por uma vaga...”

Faz-se necessário também registrarmos, neste momento, que a presença da trabalhadora Peônia foi novamente muito importante nessa nova organização dos processos de trabalho em saúde mental, pois, de acordo com aquela médica, “Peônia, que trabalhava no CAPS, deu uma facilidade, fez essa ponte...”

Então Peônia nos contou que, quando os usuários do CAPS são encaminhados deste serviço para a UBS, e se dirigem até o balcão da recepção, ela é chamada para acolhê-los, aproveitando este momento para verificar se eles vieram do CAPS com prescrição médica, se têm a medicação (e se estão fazendo uso das mesmas). Se os usuários chegam à unidade na terça-feira, após a primeira conversa com Peônia são atendidos no “encaixe” aberto pela médica. No entanto, se chegam outro dia da semana, têm este primeiro acolhimento e são encaminhados, por Peônia, novamente à recepção, onde agendam uma consulta com a médica, conforme comentamos.

Além disso, é essencial destacarmos que a dobra entre acolhimento-atividade e acolhimento-postura, na produção do cuidado em saúde mental, na UBS, fica bastante clara neste caso, pois Peônia refere que esse momento de acolher o usuário que vem do CAPS é muito significativo para ela, já que:

“Quando os pacientes recebem alta do CAPS, eles têm uma certa relutância, por isso lá tem até um grupo de alta, com toda a família, para fazer essa desvinculação, eles não querem... então como lá a gente está sempre junto, tem esse vínculo, eles me pedem para que, ao chegarem na UBS, eu esteja os recebendo, e quando eles me vêem, falam ‘como é que vai ser aqui, eu não conheço ninguém!’ . Por conta disso eu faço essa ponte, entendeu,

eu gosto de estar recebendo, eles chegam e me procuram, porque querem achar um rosto conhecido, é isso que acontece...”.

Sobre o trabalho em equipe, pudemos observar um aspecto muito interessante: vimos, no decorrer deste estudo, que ele atravessa a maioria das discussões. Assim, conforme dispusemos no roteiro, quando dedicamos um dos encontros especialmente para discutirmos o *trabalho em equipe*, não foram raras às vezes em que o conteúdo que já emergira nos encontros anteriores se repetiram; os próprios trabalhadores nos trouxeram observações neste sentido, o que nos levou a identificar alguns “furos” no roteiro planejado, embora estivéssemos cientes, pelo próprio referencial teórico pesquisado, que o grupo focal poderia sim tomar rumos inusitados, sendo este um aspecto que lhe é intrínseco.

Sendo assim, de acordo com o roteiro do grupo focal, no encontro guiado pelo tema do trabalho em equipe os trabalhadores nos trouxeram primeiramente as facilidades a este relacionadas para a produção do acolhimento em saúde mental, deixando-nos alguns trechos de uma linguagem rica em significados grávidos de devires e diferenças (coluna à esquerda, **Quadro 1**), a qual foi reveladora das intencionalidades e intensidades da cotidianidade do mundo do trabalho daquele grupo (coluna à direita, **Quadro 1**):

Quadro 1 - *O trabalho em equipe*, segundo a fala dos trabalhadores da UBS estudada

<p><i>“Acho que trabalho em equipe é aquele em que está todo mundo entrosado, conversando, para fazer o melhor, para sair um trabalho bom para o paciente” (Dália).</i></p>	<p>Trabalho em equipe produzindo (e produzindo-se nas) diferentes conversas na UBS, através de bons encontros entre os trabalhadores dobrando-se em bons encontros destes com os usuários; neste sentido, podemos falar em “redes de produção de redes” (Teixeira, 2004, p. 3).</p>
<p><i>“Eu acho que um trabalho em equipe são vértices que se colam” (Amarílis).</i></p>	<p>Idéia que expressa simbolicamente uma rede; pontos que se enlaçam.</p>

<i>“Junto a gente chega em um bom senso, crescemos juntos...” (Marlene).</i>	Trabalho em equipe como um espaço democrático e pedagógico, produzindo processos de subjetivação.
<i>“Participação, comunicação...” (Violeta).</i>	Trabalho em equipe pressupondo <i>redes de trabalho inclusivas</i> (Merhy, 2007a).
<i>“Apoio mútuo” (Íris).</i>	Cuidado ao cuidador, redes de trabalho acolhedoras.
<i>“A gente consegue muita coisa com essa equipe que a gente tem” (Peônia).</i>	Resolubilidade do trabalho em <i>equipe interação</i> (Peduzzi, 1998).
<i>“A gente discute caso em qualquer momento, em qualquer lugar, no corredor...” (Amarílis).</i>	Trabalho em equipe produzindo linhas de fuga ao trabalho morto instituído; ampliação e dinamização dos espaços de conversação.
<i>“Relação de poder trocar e contar com as pessoas... isso mexe com a gente”</i>	Trabalho em equipe como o encontro de realização das <i>potências “comunitárias”</i> (Teixeira, 2004).

Com relação às dificuldades que os trabalhadores encontram para desenvolverem o acolhimento em saúde mental, a principal delas diz respeito ao fato dos *saberes e fazeres* dos profissionais de outras equipes, da UBS, não se articularem e integrarem aos atos de cuidado da referida equipe, fechando-se para espaços de conversação e impermeabilizando, com isto, a possibilidade de comporem novos agenciamentos produtores de diferença, habitando um lugar que se esvazia, portanto, para a resignificação de seus agires profissionais e para a invenção de novas possibilidades e sentidos para os mesmos.

Outras dificuldades para a produção do cuidado em saúde mental, através do trabalho em equipe, segundo os profissionais, são: a) a falta de psiquiatras na unidade de referência da região adstrita, gerando morosidade no atendimento aos usuários; b) a precária integração e articulação entre outros trabalhadores da UBS (tanto da recepção quanto os trabalhadores com formação na área da saúde) e a equipe de saúde mental, “prejudicando”, segundo os participantes do grupo focal, o acolhimento ao usuário; c) e (relacionando-se diretamente a isto) os “ruídos de comunicação” existentes entre os serviços, expressando a fragilidade da articulação entre eles e provocando desencontros que envolvem tanto os trabalhadores e os usuários, como os trabalhadores entre si.

Quadro 2 – As dificuldades para a produção do cuidado em saúde mental através do trabalho em equipe, segundo a fala dos profissionais da UBS estudada

<p><i>“Se o usuário é encaminhado para o psiquiatra, ele encontra dificuldade para passar em consulta, porque a agenda é longa, né, e de repente a situação é séria, então ele tem que ir ao pronto-socorro para passar com os psiquiatras, porque no CAPS é difícil entrar” (Peônia).</i></p>	<p>Percepção dos frágeis laços que compõem a rede de saúde mental do território; articulação em <i>redes frias</i> (Passos, Benevides de Barros, 2004).</p>
<p><i>“Às vezes eu passo pela recepção e vejo a pessoa dando informação incorreta ao usuário, mas faz tempo que ela trabalha aqui, como é possível dar uma informação desse tipo?” (Orquídea).</i></p>	<p>Percepção dos ruídos de comunicação no serviço, caracterizando uma “conversa alienada” (Teixeira, 2004) dos propósitos do cuidado. Podemos relacionar esta hipótese a uma discussão sobre a qualificação técnica dos trabalhadores e/ou à falta de gosto pela profissão, por exemplo.</p>

<p><i>“Tem um que manda papel, mas não é o papel que eu quero, eu queria ele aqui, discutindo o caso comigo, e ele me diz que não tem tempo de discutir o caso comigo...” (Amarílis)</i></p>	<p>Processo de trabalho que não consegue “descapturar” o trabalho vivo em ato; ruído de comunicação; impermeabilidade das trocas entre os trabalhadores de distintas categorias profissionais; <i>redes frias</i>.</p>
--	--

5.2.4 Reconhecendo a experiência cotidiana do trabalho como um movimento de invenção e reinvenção

*Os poemas são pássaros que chegam
 não se sabe de onde e pousam
 no livro que lê.
 Quando fechas o livro, eles alçam vôo
 como de um alçapão.
 Eles não têm pouso
 nem porto;
 alimentam-se um instante em cada
 par de mãos e partem.
 E olhas, então, essas tuas mãos vazias,
 no maravilhado espanto de saberes
 que o alimento deles já estava em ti...
 (Mário Quintana)*

Neste capítulo da dissertação, optamos por abrir um espaço que possibilitasse aos trabalhadores mais reflexões sobre a experimentação do viver e conviver com as pessoas, dentro da experiência cotidiana do trabalho e, portanto, sobre a maneira como se reconhecem no território existencial em que se inserem como sujeitos trabalhadores, como operários na “Obra” que produz o cuidado, através da busca pelo prazer e alívio produtivo, do “ousar criar” no trabalho cotidiano. E, diante desta perspectiva, iniciaremos a discussão

a partir de algumas proposições acerca do mundo do trabalho e da produção de subjetividade.

Franco (2006, p. 468), ao recorrer a Deleuze e Guattari (2000) - mais precisamente à obra *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*⁹ – para nos explicar a idéia de singularidade, traz até nos que o sujeito não é uno, e que, em face desta premissa, “não há sujeito, mas sujeitos singulares”, que atuam em conformidade com representações simbólicas que definem seu modo de agir em determinado tempo e lugares específicos.

Neste caso, entendendo que as equipes de saúde possuem diversas representações, o autor nos coloca que o sujeito trabalhador aciona certas atitudes conforme o referencial simbólico da equipe em que está inserido, o que possibilita então, a qualquer de seus membros, produzirem conexões com outros trabalhadores e dispararem modos de cuidar em diferentes direções, tecendo, portanto, uma rede de cuidados. E a captura desta rede, por sua vez – que poderíamos traduzir como a captura do próprio trabalho vivo em ato – dependeria do “grau de sujeição” que os trabalhadores se impõem, tendo em vista a riqueza de possibilidades do trabalho vivo em ato para criar e inventar, na ação cotidiana do cuidado (Franco, 2006).

Corroborando esta discussão a respeito das interfaces singular e coletiva do trabalho, imbricando-se para a produção de uma rede de cuidados, Teixeira (2004, p.5) nos traz que “o encontro do espaço de plena realização das potências individuais”, chamado por ele de *zona de singularização*, “passa pelo encontro do espaço da realização das potências comunitárias”, denominada *zona de comunidade*. Assim, cremos ser pertinente a *intersecção* entre a produção teórica deste autor e a importância atribuída por Franco (2006, p.469), citando as idéias de Baremlitt (1996), da busca do conhecimento de si (necessidades, desejos, demandas, problemas, soluções e limites) contextualizado na realidade na qual o sujeito está inserido, porque isto daria a ele a potência de “intervir sobre o mundo para a realização de seus desejos, que podem estar associados à construção de uma realidade que seja da produção de serviços solidários, acolhedores, que estabeleçam vínculos [...]”.

⁹ Deleuze G, Guattari F. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Editora 34; 2000. v.1.

Desta forma, podemos nos remontar a Campos (1997, p. 235), quando este autor nos traz que, no trabalho, a possibilidade de invenção e realização de desejos, enfrentando os limites da realidade, leva o trabalhador a construir algo de que se orgulhe, aproximando-o do resultado de sua Obra, porque “sobrevive-se mais facilmente e gostosamente quando se sente criador de Obras dignas de admiração e do respeito público” - premissas que nos “ativam” ao “pensar” e “sentir” sobre uma produção de saúde impulsionada pela busca do prazer, do novo, do inédito. (Brasil, 2005).

Vale destacar que, segundo Rollo (2007, p. 41) Campos (1997) se refere à obra como o “reconhecimento do resultado do trabalho quando se consegue aproximar e articular o objeto de investimento afetivo e criador do trabalhador, com suas responsabilidades profissionais (encargos sanitário e finalidades organizacionais) e com a produção de saúde (efetividade do trabalho).

Partindo desses pressupostos, e resgatando o que já estudamos, acreditamos que, no último encontro do grupo focal, momento de síntese e finalização, fosse importante, que, em meio às nossas paragens, olhássemos junto com os trabalhadores, através de uma lente em *zoom*, para o mundo do trabalho como um lugar da multiplicidade, do diverso e da diferença, da tensão e disputa (Franco, Merhy, 2007), no qual a *lógica da rede* vai acontecendo através da ação dos trabalhadores, quando estes se colocam em relação com os outros, operando o tempo todo na alteridade (Franco, 2006).

Nesta direção, o agir com o outro, nos serviços de saúde, vai engendrando, portanto, as redes quentes; e, face ao que já foi discutido, acreditamos que a prerrogativa desta construção seja aceitarmos o outro como legítimo - percebendo suas qualidades, potenciais e desejos, mas também seus limites, defeitos e angústias, percebendo até onde a ação de cada um pode e deve ir, o quanto diferentes saberes podem contribuir para realizarem uma ação de saúde e a importância de todos para a eficácia dos serviços (Passos, Benevides de Barros, 2004; Gomes et al., 2007).

Assim, esta postura - e por que não chamá-la, como os trabalhadores da UBS, de acolhimento-postura, entre os profissionais - fortaleceria a noção de pertencimento a equipe de saúde, por propiciar o rompimento das fronteiras de um saber profissional específico ou de um campo de atuação definido; logo, através desta noção, o trabalhador, “tal qual o músico de uma orquestra, mesmo com o instrumento de sonoridade mais discreta ou cuja

participação se limita a alguns movimentos, sente-se como parte fundamental para execução e da obra executada” (Bonaldi et al., 2007, p. 61).

Portanto, para a operacionalização da atividade a ser realizada, pensamos em trabalhar com um poema de Vinícius de Moraes (“O operário em construção”), por pensarmos a poesia como um dispositivo grávido de sentidos que podem ser gerados através da fala e da escuta, percorrendo uma trajetória metalingüística, na dimensão do coletivo, que fosse disparando reflexões sobre o “ser” um sujeito trabalhador “vivendo” e “operando” no mundo do trabalho.

Além disso, acoplamos ao poema um conjunto de citações, de diferentes autores (Anexo E), acerca do sentido do trabalho, do desejo, das tensões e conflitos da produção da saúde, para que a partir deste material pudéssemos disparar o debate, pedindo aos trabalhadores que nos contassem quais foram as suas impressões, os seus sentimentos, enfim, como a leitura os havia afetado. Percebemos que este foi o momento que, talvez pela profundidade do conteúdo dos textos e a demanda reflexiva produzida, deixou os participantes em silêncio por um período mais prolongado, até que o primeiro participante se expressasse.

Desta forma, em uma primeira etapa traremos trechos de depoimentos que ouvimos dos trabalhadores da equipe de saúde mental, participantes do grupo focal, acerca de suas impressões, percepções e significados sobre a leitura que realizaram.

No entanto, vale destacarmos que, nesta etapa da atividade, percebemos realmente que o que viera a marcar os trabalhadores fora mesmo o poema de Vinícius de Moraes, pois eles não se manifestaram acerca dos fragmentos dos textos que também lhes foram apresentados... mas sim, seus *insights* vieram nas “dobras” da poesia!

Assim, sobre o dispositivo-poema, que engendrou este encontro do grupo focal, acreditamos que tenha produzido, nos trabalhadores participantes, um processo de subjetivação às margens de um acontecimento interpretativo, sensibilizador, expressivo e lúdico (Barembly, 1992) - lembrando que, para este autor, acontecimento é o momento de aparição da singularidade, de conexões que escapam das constrições do instituído (cuja tendência a permanecer estático e imutável).

Portanto, podemos considerar que este encontro, segundo Rollo (2007) – em seu diálogo com o filósofo contemporâneo Edgar Morin - foi um “espaço poético” que se deu

naquele espaço de conversação, pois, este último autor define poesia como algo que nos coloca num estado criativo e de gozo, sendo, portanto, nosso componente estético/inventivo (Morin, 2003 apud Rollo, 2007).

A partir daquele momento, sentimos então que, assim como o operário de Vinícius de Moraes, os trabalhadores puderam se reconhecer em sua Obra (Campos, 1997), enquanto atores/sujeitos do seu agir cotidiano, refletindo, individual e coletivamente, sobre os processos de trabalho em saúde mental na UBS e sobre a poesia dos encontros, como pudemos depreender do depoimento de Amarílis:

“Posso falar? Olha, quando eu dei uma lida primeiro, nessa poesia do Vinícius de Moraes, eu achei assim que... é o meu trabalho, eu me identifiquei com o que ele falou, talvez a minha impressão tenha sido essa mesmo, e isso me deixa muito feliz, porque assim, eu faço parte ainda de uma coisa que está em construção, eu realmente sou aquele operário, eu componho alguma coisa e eu percebo que a cada dia que passa a gente consegue desenvolver isso da melhor forma, o entrosamento da equipe, o trabalho fluindo. É claro que isso vai bater exatamente no meu desejo, que é fazer isso mesmo...”

Nesta perspectiva, imbricando os devires daquele encontro específico para reconhecermos o processo de produção de saúde, na experiência cotidiana do trabalho, na UBS, podemos dizer que os “escapes poéticos” seriam, então, os momentos de alegria e prazer da criação, de compartilhar um território de trabalho solidário, da sensação de pertencer a uma dada comunidade encontrada na poesia; e, portanto, os já comentados “espaços poéticos” seriam necessários, nas organizações de saúde, para contribuir com o resgate e estímulo da autonomia dos trabalhadores, mediante os componentes do trabalho repetitivo, da tensão e do estresse provenientes do atendimento às pessoas em situação de sofrimento e risco (Rollo, 2007):

“[...] é como esse operário, trabalhou, trabalhou, e de repente se dá conta de que tudo o que ele fez é importante, de que ele fez parte de tudo isso, e eu faço parte de tudo isso, é isso que faz a gente vir trabalhar... o salário não é, as dificuldades, o prazer de escutar dores o tempo inteiro também não é. Então é você poder criar dentro do seu trabalho, esse desejo de criar, a vontade de amar, a crença no ser humano, porque se você não acredita

que seu trabalho vai resultar em alguma coisa, você pára de acreditar, então a gente faz um pouquinho, uma gotinha, mas acreditando que aquilo vai acontecer, pelo menos em algum momento” (Íris).

“Eu acho que quando eu olho esse trabalho nosso, a parte prazerosa dele é grande, e diz respeito à criatividade, enquanto a gente está criando a gente é livre, essa liberdade é que vai nos trazer prazer, porque quando a gente vive o trabalho, a gente está sempre preso entre sofrer e ter prazer” (Gerânio).

Sendo assim, na Unidade Básica, acreditamos que estes espaços poéticos podem ser traduzidos nos espaços de conversação, por sua vez conformando redes de conversação (Teixeira, 2003) que buscam sentidos para a produção do cuidado a partir de uma ressignificação contínua de sua poesia, para que esta não seja capturada face às tensões e conflitos que permeiem os encontros, com suas dificuldades e limites. E, por conseguinte, podemos dizer que essas redes de conversação são costuradas, de forma articulada e integrada, através da “agulha” do trabalho em equipe interação (Peduzzi, 1998) - o qual se cria e recria, constantemente, fazendo com que este trabalho, no plano coletivo, esteja “sempre em construção”:

“[...] cada pessoa aqui é um operário que está construindo esse mundo, a gente pode construir situações muito difíceis para viver, mas você também pode usar esse ‘insight’ de que quem constrói é você para fazer uma coisa completamente diferente, e mesmo que tenham coisas que foram construídas e que conflitem, isso ajuda a levar a novos ‘insights’ e você conseguir mudar a situação, porque nunca termina a construção. Eu acho que a hora que você usa essa sua capacidade operária para entender a necessidade, e ir ouvindo, e ir crescendo com essa necessidade, você começa a colocar todas as tuas idéias e ferramentas, e aí você constrói o mundo, ouvindo a própria poesia...” (Violeta).

Neste sentido, é destacada por Tulipa a importância de que a produção do cuidado “venha realmente da alma” do profissional que esteja “diretamente” trabalhando com o

usuário, para que aquela seja atravessada por uma relação trabalhador-usuário “*profunda*”, marcada pelo vínculo, à medida que, segundo a trabalhadora:

“Se o cuidado não passar pelo vínculo, nada vai acontecer, precisa ter essa percepção humanizada da relação, porque nossa relação é de gente com gente...”.

Íris então nos traz que os conflitos existentes na UBS, em relação aos processos de trabalho em saúde mental, envolvendo outras equipes de trabalho, são determinados pelas diferenças existentes nas “*filosofias de trabalho*”, já que “*os outros grupos*” não têm o mesmo objetivo que este, por “*encararem*” o trabalho como uma rotina, “*uma obrigação de ganhar o pão de cada dia*”, e não como algo que possa ser criativo, que possam levá-los a uma relação de prazer com o trabalho, como uma oportunidade de crescimento pessoal. E, a partir da fala de Íris, os trabalhadores definem essas situações de conflito, então, como sendo os “*desencontros*”, geradores de “*sofrimento*”. Entretanto, investigando se vislumbravam uma possibilidade de transformação, na perspectiva da superação da negação, rumo à transversalidade, é feita uma pergunta sobre se acreditam que estes “*desencontros*” ou, o que chamaríamos de maus encontros – por não serem geradores de potência, por não conformarem zonas de comunidade (Teixeira, 2004; Teixeira, 2006) – poderiam vir a se configurar em bons encontros...

Orquídea diz acreditar que sim, sugerindo, para esta travessia, justamente algo muito próximo a “*contaminar*” o serviço com espaços poéticos, para que as pessoas possam tomar consciência de que o trabalho não precisa ser somente alguma coisa “*pesada*”, “*penosa*”, mas que traga prazer no dia-dia - o que, segundo a profissional, aconteceu com o “operário de Vinícius de Moraes” quando ele “*conseguiu perceber poesia*” naquilo que faz. Assim, segundo a reflexão da profissional:

“Se a gente perceber isso pode transformar o trabalho da gente numa pequena poesia, né?”

Nesta direção da produção de subjetividade, da busca de linhas de fuga ao trabalho morto, da descaptura do trabalho vivo em ato, Orquídea nos conta que procura “*trazer a poesia*” ao seu trabalho através da produção de um cuidado que se movimenta a partir da música, do trabalho corporal - danças circulares, práticas esportivas da MTC e das atividades realizadas em parceria com o CECCO - buscando trazer “*esse outro lado que falta no dia-dia das pessoas, que acabam adoecendo por faltar essa poesia...*”.

Violeta, por sua vez, também nos coloca que acredita sim, na transformação destes conflitos que atualmente existem na UBS, já que eles também aconteceram, no passado, entre os próprios trabalhadores que hoje compõem a equipe de saúde mental. Porém, ela nos relata que, neste caso, quando cada profissional começou a perceber a dimensão da capacidade de mudança dentro de si, “*começaram a se mexer*”, e hoje em dia, segundo a trabalhadora, essa abertura contínua para o “*novo*” é o “*respiro*” que eles buscam para se reconstruírem, tendo começado com uma atitude de “*olhar para o outro e se ver nesse reflexo*”, tanto nas “*vivências*” com o usuário quanto com a equipe. E é muito interessante notar como este “*respiro*” é muito próximo da já comentada “*produção de alívios produtivos no interior das equipes*”, trazida até nós por Merhy (2007b).

Assim, para Francisco (2005, p. 174), citando Garcia (2000, p. 64), as iniciativas acionadas pela condição de nos “*deixarmos afetar pelo outro*”, possibilitam-nos a abertura à “*alegria de novas experiências*”, a partir da “*ousadia do fazer*” no nosso cotidiano, porque essa “*ousadia*” (para nós, um dispositivo do trabalho vivo em ato), “*abriria*” o “*campo do possível*” com uma grande dose de paixão, investimento, de crença neste possível...

Nesta perspectiva, no tocante ao trabalho em saúde mental na UBS, pensando nos trabalhadores desta equipe, temos que eles vão compondo-se a si mesmos à medida que compõem uma equipe interação (Peduzzi, 1998), a partir dessas redes afetivas que buscam o citado respiro (linhas de fugas) engendrando processos de subjetivação quando os profissionais passam a “*olhar para o outro e se ver nesse reflexo*” (Violeta). Assim sendo, uma relação dialógica de devires e transformações vai acontecendo, no mundo do trabalho, através dos sistemas de percepção, sensibilidade, desejo, representação que são expressos nas ações de saúde (Rolnik, 1992 apud Francisco, 2005).

Uma das psicólogas diz também compartilhar da opinião de Violeta, resgatando um pouco sua história como personagem da transformação que houve, na UBS, em relação à

produção do cuidado em saúde mental. Isto porque, à época, o serviço reorganizou os processos de trabalho em saúde mental, momento em que chega até ela uma proposta de trabalhar em grupos terapêuticos, para que o atendimento da demanda crescente de usuários em sofrimento psíquico na unidade fosse “*otimizado*”. Entretanto, a profissional relata que, mesmo não sendo favorável, a princípio, concorda com esta estratégia da gerência pelo fato de ter conseguido enxergar, nos trabalhadores, que os objetivos destes eram os mesmos que ela possuía. Desta forma, o que chamou de “*objetivo em comum*” a levou a “*experimental*” o “*novo modelo*” proposto, entendendo, a partir de um fazer em composição com outros trabalhadores, que “daquela forma também daria certo”, e que fora uma “*boa idéia*” se engajar com os outros trabalhadores nesta transformação. A profissional relata que, assim, trabalhando em equipe, puderam “*fazer, refazer, acertar, errar*” – e através de “*muitos encontros, muita discussão*” iam percebendo o que era bom e o que era ruim, recriando sempre, partindo do princípio de que sabiam fazer muitas coisas, mas não sabiam outras tantas, e também faziam coisas que não dão certo, atravessados pela permanente tensão entre o novo e o velho.

Isto posto, podemos compreender que, abrindo-se para um fazer coletivo solidário e experimental, a psicóloga não fez do novo modo de cuidar do usuário um lugar da negação a partir de sua crítica inicial, mas da reflexão, auto-análise e ressignificação das suas práticas, tornando o desconhecido não como um estrangeiro, mas campo instigante de cooperação, e gerando novos sentidos para o viver, no âmbito do trabalho (Merhy, 2007a).

Portanto, ao caminharem nesta direção, os trabalhadores tornam-se um dispositivo para produzirem novos coletivos fora de si mesmo, usufruindo das dúvidas e das experimentações como um elemento positivo, buscando a diferenciação onde antes só havia a eliminação e a interdição dos desejos; e, com isto, fabricando novos sentidos também ao viver do usuário (Merhy, 2007a; Franco, Merhy, 2007).

Violeta então concorda com a psicóloga, colocando em pauta novamente o quão importante é, no mundo do trabalho, que o profissional busque ressignificar essas suas práticas de cuidado, disponibilizando o que chama de sua “*capacidade operária*” e suas “*ferramentas*” às permanentes conversas com a equipe de trabalhadores, mas contextualizando essa “*negociação*” ao momento vivido pelo serviço diante das necessidades dos usuários”. Assim, Violeta nos diz que:

“O que é preciso é negociar com o material que existe, ir trabalhando e discutindo, ‘olha, nós construímos isso aqui, está na hora da gente sentar, reunir e ver qual é o próximo passo’, e aí você vai tendo a maleabilidade inclusive para entender qual o próximo passo, e essa maleabilidade não vem de pronto, às vezes precisa de muita discussão”.

Nesta perspectiva, Rollo (2007, p. 22) problematiza a questão dos fazeres, na saúde, apontando a potência da produção de encontros, entre os trabalhadores, em que o “comum” - palavra que freqüentemente emerge da fala dos trabalhadores participantes do estudo - esteja presente, bem como o “compartilhar”, em seu significado de “com o outro trilhar um caminho”. Em contrapartida, este autor questiona-se sobre os processos de “anestesiamento” que justificam hoje a negação e a indiferença “do eu para com o outro”, levando-nos ao individualismo, à competição e ao isolamento que embrutece os afetos, capturando “coisas belas” no e (do) trabalho em saúde.

Na concepção da trabalhadora Amarílis, por exemplo, o que está acontecendo na UBS, atualmente, é que os trabalhadores que ainda não compartilham com esta equipe de saúde mental não estão direcionados para a *“necessidade de quem está batendo ali na porta”*, e, sim, *“somente para a sua própria necessidade”*, e, por isso, como já havia mencionado Íris, as *“filosofias de trabalho são diferentes”*, não há objetivo comum. Desta forma, os trabalhadores no grupo focal destacaram a irredutibilidade de alguns profissionais em realizarem, por exemplo, parcerias para o desenvolvimento de grupos terapêuticos – assim, ilustram este fato nos trazendo a *“resistência”* de um profissional aceitar o convite para compartilhar do trabalho com o Grupo de Acolhimento HCG, mesmo diante dos dados epidemiológicos que evidenciam um grande número de adolescentes gestantes, na área de abrangência da Unidade Básica.

Então, mediante os ruídos do cotidiano de trabalho da equipe de saúde mental, desvelados em nossos encontros, pergunto aos trabalhadores quais ações que poderiam ser desencadeadas por eles, na UBS, para possibilitarem interrogá-los sobre os sentidos de suas práticas, para que as mesmas pudessem ser, segundo minhas palavras, “mais cuidadoras”.

Gerânio foi o primeiro a se manifestar, dizendo das *“diversas maneiras de reunir”* os trabalhadores que vêm sendo tentadas, na Unidade Básica, com a intenção de *“estimular*

as trocas”, no serviço; e que, atualmente, havia uma modalidade recente de encontro do qual têm participado trabalhadores representantes de todas as categorias profissionais do serviço, visando à reflexão sobre os processos de trabalho.

Assim, como instrumentos destas reuniões, foram criadas duas planilhas, com a finalidade de pôr as dificuldades do cotidiano de trabalho em xeque, *“de forma concreta”*, discutindo sobre o conteúdo dessas planilhas mensalmente: em uma delas, o profissional escreveria sobre *“o elenco de atividades que realiza”*, na UBS; na outra, identificaria os problemas que encontram para a produção do seu trabalho. No entanto, até aquele momento do último grupo focal, acontecera apenas a primeira dessas reuniões. E, segundo Gerânio, este trabalho fora planejado para ser desenvolvido ao longo de um ano.

Em contrapartida, ele nos conta que reflexões importantes já haviam sido disparadas com a reunião inicial, marcada também por *“encontros”* e *“desencontros”*. A respeito destes últimos, Gerânio destaca os modos diversos com que o preenchimento das planilhas foi feito, já que nem todos os trabalhadores haviam preenchido as mesmas de acordo com as expectativas em vista. Neste aspecto, cita como exemplo a questão de que, enquanto uns delineavam muitos objetivos a serem alcançados através de seu trabalho, *“outros não colocavam nada”*.

Mas, quanto aos encontros, Gerânio nos relata que também se surpreendeu positivamente com *“uma série de sugestões de atividades”* que foram feitas e emergiram durante a discussão, atividades estas sobre as quais *“ninguém ainda havia pensado”*, e, segundo o profissional, ricas em potencialidades para *“derivar outras...”*

Neste momento, Violeta entra na discussão, corroborando esses aspectos positivos levantados por Gerânio, acerca desta estratégia, no sentido de que, para ela, *“este movimento vai quebrando as tensões”* e possibilitando que se configure um *“propósito comum”* entre eles ao longo do tempo, porque, segundo esta trabalhadora, mesmo a questão concernente ao preenchimento *“equivocado”* das planilhas são também *“valiosas”*, porque reveladoras de algo (tensões, conflitos) que passa a sair da margem para mergulhar nos espaços de conversação do serviço, em um compartilhar. E, assim, essa situação pode *“gerar brechas”* para que a pessoa se conecte também ao processo de coletivização de seus saberes e fazeres, na UBS.

Por conseguinte, acreditamos, ao lado de Franco (2006), que esses espaços de conversa, nos serviços de saúde, são contrários à realidade que vive na repetição devido a sua potência em estimular os coletivos, ou seja, as equipes de saúde, a tornarem-se sujeitos desejantes, capazes de atuar no mundo do trabalho, de acordo com os preceitos de um projeto de mudança, em que as redes operadas têm seus fluxos conduzidos pelos próprios sujeitos que fazem agenciamentos para o seu funcionamento, os quais podem caminhar em várias direções, se associados a uma idéia geral de não-exclusão (Franco, 2006).

Desta forma, se olharmos para o campo da saúde como sendo, por si só, heterogêneo, a heterogeneidade ganha para nós um sentido que pressupõe a capacidade de convivência, a pactuação, o manejo de conflitos, a alta capacidade de auto-análise. E, portanto, este esforço de lidar de forma produtiva com o diferente é importante para que os trabalhadores não operem na “antiprodução”, mantendo-se ativos na superfície de produção em relação à realidade (Franco, 2006).

Nesta direção, Amarílis acredita que, através de iniciativas como esses espaços democráticos de conversação, no serviço, o profissional *“consegue ver os nós-críticos e pensar neles”*, e, a partir daí, *“começa até a se descobrir como trabalhador da saúde”*. E, segundo ela, ainda que surjam os conflitos nessas discussões, eles *“podem trazer uma saída diferente”*, antes não pensada, porque a *“riqueza”* está justamente neste *“mesclar”*, a partir do qual os trabalhadores *“começam a conversar”* e, mediante essas conversas - *“contaminando-se”* pelas idéias geradas nas trocas - podem *“descobrir um novo sentido para a clínica, que seja mais cuidador”*, pois ao *“enxergarem que ‘têm pessoas que estão fazendo uma coisa legal, diferente’, ‘querem ver como isto é’*. Assim, para Amarílis, *“como a gente nunca sabe no que pode virar as coisas, então a gente vai investindo, tudo é possível”*.

E, de acordo com Gerânio, um *“outro fruto”* que eles já puderam colher, com a primeira reunião, diz respeito aos processos de trabalho da recepção, porque a partir do ato de preencherem as planilhas, encaminhando-as ao representante do setor para serem discutidas na reunião mensal, os profissionais começaram a conversar entre si, fazendo os primeiros agenciamentos neste sentido em seu próprio núcleo profissional, para posteriormente conectarem-nos a outros fluxos de conversa, em outros encontros. Aliás, vale aqui um parêntesis: a potência para este movimento é própria dessa estratégia

democratizante e se encontra permeando também os processos iniciais de discussão de todas as categorias de trabalhadores.

Desta forma, segundo Gerânio, os trabalhadores da recepção, discutindo primeiramente entre si, elegem “*o sumiço dos prontuários*” como uma questão importante, sobre a qual passam a refletir, e, com isto, seu representante, na reunião, já apresenta inclusive algumas propostas para a solução deste problema. Por fim, este profissional nos traz que, quando “*essas sombras começam a ser enfrentadas*”, “*isto é um sinalizador de que o serviço está melhorando*”.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Gostaríamos de tecer as considerações finais desta dissertação com o que consideramos um encontro poético entre as discussões que vimos fazendo e um escrito-dispositivo de Foucault (1994), através do qual podemos sintetizar as idéias, teorizações e reflexões aqui desenvolvidas: *“existem momentos na vida em que a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar e refletir”*.

Assim, acreditamos que seja importante trazer os principais desassossegos que povoaram o meu trilhar, durante a produção deste estudo, por terem sido eles quem me movimentaram neste percurso, em direção à busca permanente de reflexões críticas durante todo o processo de sua tessitura - que considero feita a muitas mãos, pois sem os trabalhadores que tão bem acolheram o projeto, significando-o também como um dispositivo, não chegaríamos até aqui perpassados por tantas descobertas e tomados por outras tantas questões, quiçá proliferadoras de tantos outros devires. Sem dizer dos colegas observadores, cuja contribuição foi fundamental durante a coleta de dados, sobre a qual construímos também preciosos espaços de conversação, mediados por nossas impressões, reflexões, nossos alívios produtivos e nossas angústias.

Deste modo, meu primeiro desassossego gerou-se ainda nas primitivas linhas que tentavam costurar as primeiras idéias, pois ousado era, até mesmo aos meus próprios olhos, desenhar uma metodologia pressupondo a realização de cinco grupos focais, dos quais participariam pessoas que sequer me conheciam, mas que, se tudo acontecesse conforme o planejado seriam meus companheiros de bordo nesta aventura, principalmente para eles desconhecida, inesperada. Desta forma, ao mesmo tempo em que eu fazia uma aposta na construção de “escutas” do seu fazer cotidiano, para captar dele suas potências e ruídos, temia por me reunir a esses trabalhadores e não encontrar ressonância nesses encontros! Mas, firme em meus propósitos, e, para a minha surpresa, foram encontros singulares, de muita produção, muitas trocas, muito devires. Encontros que ecoaram.

Mas outros desassossegos emergiram dos grupos focais, sobretudo quando as questões do acolhimento e do trabalho em equipe interação mesclaram-se de tal forma que

se confundiram, porque, diante dos diálogos teóricos que foram ganhando força, pude construir e desconstruir sentidos, direcionando-me cada vez mais para compreender o acolhimento como a própria produção de um cuidado “grávido” de potências, dando conta, portanto, que falar do cuidado defendido, sob o respaldo do referencial teórico adotado, era falar de acolhimento, o qual por sua vez, engendrava-se na UBS pelo trabalho de uma equipe integração, cuidando de acolher a si para acolher o usuário – conversando para melhor conversar com o usuário e promover as conversas deste com outros trabalhadores, usuários, serviços, comunidade, enfim, com territórios-vida - sob o eixo da integralidade. Percebi, desta forma, que todos esses conceitos se conectavam em redes quentes (Passos, Benevides, 2004), sob laços bem consolidados, costurados por “pontos em comum” (relembrando o recorrente signo objetivo-comum, na fala dos profissionais participantes do grupo focal).

A partir disso, buscar um rótulo para o acolhimento, definindo-o como postura ou atividade, conforme fizeram os próprios trabalhadores da UBS, fora um modo encontrado por eles para delimitarem, em relação ao acolhimento, o que era concernente à organização dos processos de trabalho e o que dizia respeito à significação afetiva, às marcas da relação trabalhador-usuário a partir de suas porosidades e aberturas, de seus cansaços e alívios. No entanto, vimos que, no cotidiano das práticas da equipe de saúde mental, essa discriminação perde terreno, deixa-se *descapturar* dos rótulos atribuídos aos fazeres dos trabalhadores, porque, independentemente do tipo de atividade realizada (atendimento em consultório, grupo terapêutico, reunião de equipe, recepção de um usuário encaminhado por outro serviço, “conversa de corredor”), os profissionais buscam engendrar redes quentes nesses espaços de encontro, sejam eles lugares formalmente instituídos ou improvisados, pois se a substância do trabalho vivo é a conversa (Teixeira, 2003), planta suas sementes em qualquer canteiro, colhendo frutos - devires.

Assim, como pudemos observar com a construção do fluxograma - e abrindo-nos novamente, aqui, para um escape poético com o trecho de um poema de Manuel Bandeira, “Poética” - a orquestração dos processos de trabalho em saúde mental, na UBS, deixando-se harmonizar pela afetividade, não possuía o caráter enrijecido de um “*lirismo comedido*”, “[...] com livro de ponto expediente protocolo...”.

Do contrário, a organização dos processos de trabalho em saúde mental no serviço é delineada através de um dispositivo-acolhimento produzido nas relações com o outro, acionado a partir do trabalho de uma equipe que produz conversas que geram sucessivamente novas conversas, em um fazer redes *continuum*. Isto porque seus trabalhadores não se cansam de fazer perguntas, acreditam que a construção nunca cessa, que as respostas envolvem multiplicidade e as soluções cumplicidade, conversam em lugares apropriados, dos quais podem desapropriar-se (ao se libertarem das prerrogativas das conversas apenas formais), que buscam na criação o prazer, na poesia dos encontros o alimento, no compartilhar o alívio, na dor a reflexão, no caminhar incessante, as perguntas; nas certezas, as incertezas; no vínculo a alma do cuidado, no acolher a solidariedade; no outro, o seu reflexo.

Sendo assim, descobrirem-se ao abrirem a caixa-preta da micropolítica do trabalho em saúde mental, na UBS, foi um processo de reconhecimento, para os trabalhadores, da riqueza do território existencial em movimento que experimentam no cotidiano do trabalho, revelação que dispara, através das reflexões todas, a necessidade da criação de outros espaços de conversação, no serviço, através de estratégias que se abram também para outros sujeitos-trabalhadores e seus territórios instituídos; isto, mediante a percepção da fragilidade da articulação e interação da equipe de saúde mental com os trabalhadores da unidade que dela não fazem parte, ou, segundo palavras dos próprios participantes do grupo focal, “*nela não se engajam*”.

Portanto, há que se pensar no quanto esses espaços de conversação, da equipe de saúde mental, têm sido democráticos fora de seu território comum (Silva et al., 2006). Como exemplo, podemos citar a reunião quinzenal, pondo em xeque o quão ela de fato se abre aos outros trabalhadores, porque, ainda que os participantes do grupo focal nos relatem seu desejo em proliferar, no serviço, os espaços de conversa - compartilhando ações com outras equipes e engendrando novas redes disparadoras de ressignificações e descobertas, criação e invenção - constatamos que novas estratégias para atraírem os profissionais por ora impermeáveis ao *compor com*, poderiam ser mais exploradas pela equipe de saúde mental.

Desta forma, acreditamos que o estudo-dispositivo realizado, fundamentalmente deixou para esta equipe à seguinte reflexão: como não se fecharem dentro de suas tantas

concretudes resolutivas e potências, buscando novamente um reinventar que transversalize também o acolhimento aos profissionais resistentes, de modo que estes também possam ser seduzidos pela idéia de surpreenderem, no novo, o respiro produtivo e, com isso, ousarem produzir também novos coletivos para fora de si mesmo, desinterditando desejos e gerando novas possibilidades anti-hegemônicas de compreenderem a multiplicidade e o sofrimento do usuário em sofrimento psíquico? (Merhy, 2007b).

Entretanto, não queremos com isso nos contradizer ao que postulamos, pois as potências desta equipe de saúde mental nos sobressaem aos *olhos vibráteis* (Franco, Merhy, 2007); e um exemplo de transversalidade, atual na UBS, que talvez possa ser um primeiro passo em direção à resposta da pergunta lançada, é a criação das planilhas a serem discutidas em reuniões mensais, que nos arriscaremos a chamar aqui, pela primeira vez neste estudo, de “mapas analisadores dos processos de trabalho da UBS”. Esta estratégia, pelo que podemos verificar, tem plantado suas sementes e colhido seus primeiros frutos, sobretudo quanto ao acolhimento dos trabalhadores entre si, por promover um espaço democrático, inclusivo, continente às trocas, ao alívio produtivo, ao diálogo que se abre para novas possibilidades de diálogo, que desinterdita desejos (Merhy, 2007b).

E acreditamos que, a partir destas questões em cena, postas através das ferramentas cartográficas que captaram os movimentos contínuos e descontínuos do trabalho vivo – revelando também os afetos e as manifestações desejantes na produção da realidade do cuidado no serviço - os trabalhadores da equipe de saúde mental possam, no plano coletivo, tecerem redes cada vez mais acolhedoras, ampliando espaços de conversas inclusivas, e afetando, com isto, cada vez mais sujeitos-trabalhadores na produção do cuidado em saúde mental.

REFERÊNCIAS

Amarante PDC. Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: NAU Editora; 2003. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. p. 45-65.

Amarante PDC, Guljor AP. Reforma Psiquiátrica e Desinstitucionalização: a (re) construção da demanda no corpo social. In: Mattos RA, Pinheiro R, organizadores. Construção Social da demanda. Rio de Janeiro: IMS/UERJ- CEPESC-ABRASCO; 2005. p. 65-76.

Amarante PDC, Lancetti A. Espertos ao contrário: Estamira e a resistência às capturas. Disponível em: <http://www.estamira.com.br/>.

Andrade DR. O grupo, como o entende Baleo. In: Baremlitt G, organizador. Grupos: teoria e técnica. Rio de Janeiro: Graal; 1986. p- 159-68.

Aragon LEP. A espessura do encontro. Interface - Comunic, Saúde, Educ 2003;7(12):11-22.

Aranha e Silva AL, Fonseca RMGS. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. Rev Latinoam Enfermagem 2005;13(3):441-9.

Backes DS, Lunardi Filho WD, Lunardi VL. A construção de um processo interdisciplinar de humanização à luz de Paulo Freire. Texto Contexto Enferm 2005;14(3):190-205.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1994.

Baremlitt G. Grupos: teoria e técnica. Rio de Janeiro: Graal; 1986. Notas estratégicas a respeito da orientação da dinâmica de grupos na América Latina. p. 11-38.

Baremlitt G. Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1992.

Baremlitt G. Introdução à esquizoanálise. Belo Horizonte: Biblioteca do Instituto Félix Guattari; 1998.

Barros de Barros ME, Benevides de Barros R. A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde. In: Pinheiro R, Barros de Barros ME, Mattos RA. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: CEPESC-ABRASCO; 2007. p. 75-84.

Benevides de Barros. Prefácio. In: Santos-Filho SB, Barros de Barros ME, organizadores. Trabalhador de saúde muito prazer! : protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Editora Unijuí; 2007.

Benevides de Barros R, Barros de Barros ME. Da dor ao prazer no trabalho. In: Santos-Filho S, Barros de Barros ME, organizadores. Trabalhador da saúde: muito prazer!: protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Editora Unijuí; 2007. p. 61-72.

Bonaldi C, Gomes RS, Louzada APF, Pinheiro R. O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras. In: Pinheiro R, Barros de Barros ME, Mattos RA. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: CEPESC-ABRASCO; 2007. p. 53-72.

Bonet O. “Educação em Saúde”, “Cuidado” e “Integralidade”. De fatos sociais totais e éticas. In: Pinheiro R, Mattos, RA. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC-ABRASCO; 2006. p. 279-292.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SNAS n. 189, de 19 de novembro de 1991. Aprova a inclusão de Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental. In: Brasil, Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental 1990-2004. 4.ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 237-241.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SNAS n. 224, de 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas à assistência em saúde mental. In: Brasil, Ministério da Saúde.

Legislação em Saúde Mental 1990-2004. 4.ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 243-52.

Brasil. Ministério da Saúde. Declaração de Caracas. In: Brasil, Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental 1990-2004. 4.ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 11-13.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Editora MS; 2004b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado em saúde. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005. 104 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde Mental. Saúde Mental no SUS: informativo da saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 44 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília; 2006b [citado 2008 jun. 05]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção – Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2008. p. 1-16.

Bueno WS, Merhy EE. Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? Conferência Nacional de Saúde On-Line, uma proposta em construção. Disponível em: < <http://www.datasus.gov.br> >. Acesso em: 08 set. 2006. (08.set.06)

Bueno WS, Franco TB, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública 1999;15(2):345-53.

Caçapava JR. Reconhecendo o atendimento de saúde mental no território [monografia]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Onoko R, organizadora. Agir em saúde. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 229-66.

Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cadernos de Saúde Pública 2007;23(2):399-407.

Campos SMS, Soares CB. A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. Ciência & Saúde Coletiva 2003. Rio de Janeiro;8(2):621-8.

Carvalho LC, Merhy EE, Silva Jr. AG. Refletindo sobre o ato de cuidar da Saúde. In: Mattos RA, Pinheiro R, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ- ABRASCO; 2003. p. 115-30.

Castanho PCG. O laço do preconceito: a inclusão, exclusão e convivência do usuário de saúde mental a partir do conceito de alianças inconscientes e do dia a dia de um CECCO. Vínculo 2005;2(2):70-9.

Cecílio LCO. As necessidades de saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: Mattos RA, Pinheiro R, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC ABRASCO; 2001. p. 113-150.

Cecílio LCO, Merhy EE. A Integralidade do Cuidado como Eixo da Gestão Hospitalar. In: Mattos RA, Pinheiro R, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - ABRASCO; 2003. p. 199-212.

Ceccim RB. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: Mattos RA, Pinheiro R, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - ABRASCO; 2006. p. 259-78.

Ceccim RB, Guimarães AR, Klafke TE, Lenz FL. Autogestão no trabalho com/em equipes de saúde: estudantes agindo o Sistema Único de Saúde. In: Pinheiro R, Barros de Barros ME, Mattos RA. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: CEPESC-ABRASCO; 2007. p. 179-204.

Costa MEB. Grupo focal. In: Duarte J, organizador. Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação. São Paulo: Atlas; 2005. p. 180-192.

Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, organizador. Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 141-68.

Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. Am J Public Health 2004;94:1864-75.

Cunha GT. A construção da clínica ampliada na Atenção Básica [dissertação]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2004.

Dejours C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

Deleuze G. Diferença e repetição. Rio de Janeiro: Graal; 1988.

Deleuze G. Conversações. São Paulo: Editora 34; 1996.

Deleuze G. Crítica e Clínica. São Paulo: Editora 34; 1997.

Drummond de Andrade. Antologia poética. Rio de Janeiro: Record; 2003.

Fausto MCR. Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise da atenção primária na política de saúde brasileira [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2005.

Fortes S, Furlanetto L, Tófoli LFL, Chazan LF, Gask L. Interação entre saúde mental e atenção primária. Disponível em:

<http://acp.med.br/material_evento/CURSO%20psiquiatria%20no%20psf%20floripafinal2007.ppt>. Acesso em: 05 jun. 2008.

Fortuna CM. O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades: em busca do desejo, do devir e de singularidades [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1999.

Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. [Rev. latinoam. enferm](#) 2005;13(2):262-8.

Foucault M. História da sexualidade II: o uso dos prazeres. Rio de Janeiro: Graal, 1994.

Francisco AL. Resgatando o afeto. *Boletim de Psicologia* 2005; 55 (123): 169-73.

Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 1999;15 (2):345-53.

Franco TB, Magalhães Júnior HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC; 2003. p. 125-34.

Franco TB. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). P. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhado e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 161-98.

Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC; 2003. p. 37-54.

Franco, TB. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO; 2006. p. 459-74.

Franco TB, Merhy EE. Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. Disponível em: < <http://www.hucff.ufrj.br/micropolitica/>>. Acesso em: 18 abr. 2008.

Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1996.

Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE) [homepage na Internet]. [citado 2007 ago. 16]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br>.

Galetti MC. Itinerários de um serviço de saúde mental na cidade de São Paulo: trajetórias de uma saúde poética [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica; 2007.

Garcia PB. Paradigmas em crise e a educação. In: Brandão Z, organizador. A crise dos paradigmas e a educação. São Paulo: Cortez; 2000. p. 58-66.

Godoy AS. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. Revista de Administração de Empresas 1995;35(2):57-63.

Gomes R, Silva FH, Pinheiro R, Barros de Barros ME. Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para os estudos sobre o trabalho em equipes de saúde. In: Pinheiro R, Barros de Barros ME, Mattos RA, organizadores. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: CEPESC-ABRASCO; 2007. p. 19-36.

Guattari F, Rolnik S. Micropolítica: cartografias do desejo. Petrópolis: Editora Vozes; 2000.

Guattari F. *Psicanálise e transversalidade: ensaios de análise institucional*. Aparecida (SP): Editora Idéias & Letras; 2004.

Guimarães-Rosa J. *Grande sertão: veredas*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1963.

Guizardi FL, Gomes RS, Pinheiro R. A Orquestração do Trabalho em Saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: Mattos RA, Pinheiro R, organizadores. *Construção Social da demanda*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ- CEPESC-ABRASCO; 2005. p.105-16.

Guizardi FL, Pinheiro R. Quando dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado. In: Mattos RA, Pinheiro R, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO; 2006. p. 37-56.

Honorato CEM, Pinheiro R. “Trabalho político”: construindo uma categoria analítica para estudo sobre a integralidade como dispositivo do trabalho em equipe na saúde. In: Pinheiro R, Barros de Barros ME, Mattos RA, organizadores. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: CEPESC-ABRASCO; 2007. p. 85-110.

Kind L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. *Psicologia em Revista* 2004;10(15):124-36.

Lacerda A, Valla VV. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESC-ABRASCO; 2006. p. 91-102.

Leonardis O, Mauri D, Rotelli F. Desinstitucionalização, uma outra via: a Reforma Psiquiátrica Italiana no Contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. In: Nicácio F, organizadora. *Desinstitucionalização*. São Paulo: HUCITEC; 2001. p. 17-60.

Lopes IC. A contribuição paulistana à reforma em saúde mental brasileira. In: Vieira MCT, Vicentin, MC, Fernandes IA, organizadores. *Tecendo a rede: trajetórias da saúde mental em São Paulo 1986-1996*. Taubaté: Cabral Editora Universitária; 1999. p. 28-78.

Louzada AP, Bonaldi C, Barros de Barros ME. O trabalho e trabalho em equipe no campo da saúde: entre normas antecedentes e recentradas. In: Pinheiro R, Barros de Barros ME,

Mattos RA, organizadores. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: CEPESC-ABRASCO; 2007. p. 37-52.

Lüdke M. André MEDA. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPY; 1986.

Luz MT. A arte de curar *versus* a ciência das doenças. A história social da homeopatia no Brasil. São Paulo: Dynamis Editorial; 1996.

Machado AL, Colvero LA. O cuidado de enfermagem: olhando através da subjetividade. Acta Paul. Enf. 1999;12(2):66-72.

Machado FRS, Pinheiro R, Guizardi FL. As novas formas de cuidado integral nos espaços públicos de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC-ABRASCO; 2006. p. 57-74.

Maffesoli M. Notas sobre a pós-modernidade: o lugar faz o elo. Rio de Janeiro: Atlântida Editora; 2004.

Malta DC, Ferreira LM, Reis AT, Merhy EE. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. Saúde em Debate 2000;24(56):21-34.

Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: CEPESC-ABRASCO; 2001. p. 39-64.

Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad. Saúde Pública 2004;20(5):1411-16.

Matumoto S. O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1998.

Mendes EV. Uma agenda para a saúde. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999.

Merhy EE. 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. In: Cecílio LCO, organizador. Inventando a mudança em saúde. São Paulo: Hucitec; 1994.

Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Onoko R, organizador. Agir em saúde. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 74-111.

Merhy EE. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: Onoko R, organizador. Agir em saúde. São Paulo: Hucitec; 1997b. p. 197-228.

Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. Saúde em Debate 2003;27 (65):316-23.

Merhy EE. Engravidando palavras: o caso da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção social da demanda. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO; 2005. p. 195-206.

Merhy EE. Cuidado com o cuidado em saúde: saber explorar seus paradoxos para um agir manicomial. In: Merhy EE, Amaral H, organizadores. A Reforma Psiquiátrica no cotidiano II. São Paulo: Hucitec; 2007. p.25-37.

Merhy EE. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: Merhy EE, Amaral H, organizadores. A Reforma Psiquiátrica no cotidiano II. São Paulo; Hucitec, 2007b. p.55-66.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: a pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2004.

Mishima SM, Villa TCS, Silva EM, Gomes ELR, Anselmi ML, Pinto IC, et al. Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: Almeida MCP, Rocha SMM, organizadoras. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997. p. 261-96.

Moraes V. Antologia Poética. Rio de Janeiro: José Olympio; 1981.

Morin E. Amor, poesia, sabedoria. Rio de Janeiro: Brasil; 2003.

Nicácio MFS. Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2003.

Paim JS. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, organizadores. Epidemiologia & Saúde. 5ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999. p.489-503.

Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? Rev. Saúde Pública 1998;32(4):299-316.

Paim JS, Almeida Filho N. A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva. Salvador: Casa da Qualidade; 2000.

Paro VHP. Administração escolar: introdução crítica. São Paulo: Cortez Autores Associados; 1998.

Pasquale E. Gestão da psiquiatria na comunidade. UNOPAR Cient, Ciênc. Biol. Saúde 2000;2(1):27-34.

Passos E, Benevides de Barros R. Clínica, política e as modulações do capitalismo. Lugar Comum 2004;19(20):159-71.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.

Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: Pinheiro R, Barros de Barros ME, Mattos RA. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: CEPESC-ABRASCO; 2007. p. 161-78.

Pelbart PP. Exclusão e biopotência no coração do Império. In: Seminário Estudos territoriais de desigualdades sociais, 2001, São Paulo. Disponível em: <<http://www.dpi.inpe.br/geopro/exclusao>>. Acesso em: 20 set. 2005.

Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: CEPESC-ABRASCO; 2001. p. 65-112.

Pinheiro R, Luz MT. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: CEPESC-ABRASCO; 2001.

Pinheiro R, Barros de Barros ME, Mattos, RA. Trabalho em equipe: a estratégia teórica e metodológica da pesquisa sobre integralidade em saúde. In: Pinheiro R, Barros de Barros ME, Mattos RA, organizadores. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: CEPESC-ABRASCO; 2007. p. 9-17.

Pitta A. A reorientação do modelo de atenção: equidade e justiça social na organização de serviços de saúde mental. In: Cadernos de textos da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não; 2001 dez 11-5; Brasília, Brasil. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde; 2001. p. 20-30.

Polit DF, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

Queiroz VM, Salum MJL. Reconstruindo a intervenção de enfermagem em saúde coletiva face à vigilância à saúde. In: Livro Resumo do 48º. Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1996 out 6-11; São Paulo, Brasil. São Paulo: ABEn/SP; 1996. p. 361.

Quintana M. Esconderijos do tempo. Porto Alegre: L&PM; 1980.

Rivière EP. O processo grupal. São Paulo: Martins Fontes; 2005.

Rollo AA. É possível valorizar o trabalho na saúde num mundo globalizado? In: Santos-Filho SB, Barros de Barros ME, organizadores. Trabalhador de saúde muito prazer! : protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Editora Unijuí; 2007. p. 19-60.

Rolnik S. Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.

Rolnik S. Pensamento, corpo e devir. Uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. Cadernos de subjetividade 1993;1(2):241-51.

Rossi S. Ouvidoria e a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Disponível em:

<http://www.saude.ba.gov.br/arquivos/1%C2%AA%20Oficina%20De%20Ouvidores%20SUS-Ba/OUVIDORIA_PNH_duda.2006.ppt>. Acesso em: 05 jul. 2005.

Santos-Filho SB. Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do HumanizaSUS: o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. In: Santos-Filho SB, Barros de Barros ME, organizadores. Trabalhador de saúde muito prazer! : protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Editora Unijuí; 2007. p. 73 -96.

Santos-Filho SB. Dando visibilidade à voz dos trabalhadores: possíveis pontos para uma pauta de valorização? In: Santos-Filho SB, Barros de Barros ME, organizadores. Trabalhador de saúde muito prazer! : protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Editora Unijuí; 2007b. p.261-6.

Saraceno B. Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: IFB/ Te Corá editora; 1999.

Secretária Municipal de Saúde. Sumário de Dados 2004. Disponível em: http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/governo/sumario_dados/0002. Acesso em: 18 jul. 2005.

Secretária Municipal de Saúde. Índice Saúde São Paulo 2005. São Paulo; 2006. Disponível em: http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/painel_monitoramento/0006. Acesso em: 21 jan. 2007.

Servo MLS. O grupo focal: estratégia metodológica para a coleta de dados em pesquisa social. Revista em Saúde Coletiva da UEFS; [2007?].

Silva MJP. Comunicação tem remédio - a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Gente; 1996.

Silva RAN. A dobra deleuziana: políticas de subjetivação. Revista do Departamento de Psicologia da UFF 2004;16(1):55-75.

Silva RVB, Stelet BP, Pinheiro R, Guizardi FL. Do elo ao laço: o agente comunitário na construção da integralidade em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC-ABRASCO; 2006. p. 75-90.

Slegmann C, Fonseca TMG. Caso-pensamento como estratégia na produção de conhecimento. Interface- Comunic., Saúde, Educ. 2007;11(21):53-63.

Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Mattos RA, Pinheiro R, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO; 2003. p. 89-107.

Teixeira RR. As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público.

Disponível em: <<http://www.corposem.org/rizoma/redeafetiva.htm>>. Acesso em: 06 jul. 2007.

Teixeira RR. Humanização a Atenção Primária à Saúde. Ciência &Saúde Coletiva 2006;10(3):585-597.

Theodósio AL. Relatório da Unidade Básica de Saúde Vila Progresso: avaliação [monografia do curso de especialização]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2002.

Tófoli LFF. Teorias psicológicas e saúde mental. Manaus, 2005. Mimeo [Palestra proferida no Centro de Pesquisas Leônidas e Maria Deane — FIOCRUZ Amazônia, Manaus, em 24 de novembro de 2005].

Trajano ARC. Construindo redes de apoio e valorização dos trabalhadores da saúde: experiências em Unidades Básicas de Atenção. In: Santos-Filho SB, Barros de Barros ME, organizadores. Trabalhador de saúde muito prazer! : protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Editora Unijuí; 2007. p. 233-49.

Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1992.

Veronese AM, Oliveira DLLC. Desenvolvendo pesquisa com grupos focais: experiência com motoboys. Online Brazilian Journal of Nursing [periódico na Internet]. 2006. [citado 2008 jan 08]; 5(3): 1-10. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/viewArticle/548/125>.

Yasui S. A construção da reforma psiquiátrica e o seu contexto histórico [dissertação] Assis (SP): Faculdade de Ciências e Letras da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”; 1999.

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO

Secretaria Municipal da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/SMS

São Paulo, 27 de novembro de 2007.
PARECER Nº 283/07 – CEP/SMS
CAAE: 0144.0.162.196-07

Para
Juliana Reale Caçapava
Sr(a) Pesquisador(a)

PARECER CONSUBSTANCIADO

Projeto de Pesquisa: A produção do cuidado em saúde mental na Atenção Básica à Saúde: um olhar dos trabalhadores sobre o acolhimento

Pesquisador Responsável: Juliana Reale Caçapava

Instituição: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Patrocinador: FAPESP

1. SUMÁRIO GERAL DO PROTOCOLO

São objetivos deste trabalho:

- Caracterizar e analisar o acolhimento na UBS Vila Progresso, com vistas a focalizar o atendimento de usuários com necessidades no campo da saúde mental, num serviço da rede de atenção básica à saúde.
- Conhecer e analisar os sentidos e significados atribuídos pelos trabalhadores de saúde, sobre acolhimento e
- Identificar e analisar as facilidades e dificuldades do acolhimento na perspectiva dos trabalhadores, destacando potencialidades, limites e desafios para a produção do cuidado ao portador de sofrimento psíquico.

O estudo apresenta uma abordagem qualitativa. Será realizado na unidade básica de saúde (UBS) Vila Progresso, do tipo tradicional, localizada na zona norte do município de São Paulo.

Para a coleta dos dados serão utilizadas as técnicas: de grupo focal (8 a 10 participantes/grupo) com os trabalhadores de saúde e da construção coletiva do fluxograma analisador que será concomitantemente ferramenta de coleta de dados e análise. Em relação às transcrições obtidas nos grupos focais, serão submetidas à análise de conteúdo.

Critério de inclusão: ser trabalhador da saúde da UBS Vila Progresso.

2. CONSIDERAÇÕES

Apresentação do Protocolo

A Folha de Rosto está corretamente preenchida. O currículo do pesquisador responsável está de acordo com a proposta da pesquisa. Apresentado orçamento detalhado e cronograma da pesquisa. A metodologia proposta para tratamento dos dados é adequada.

Avaliação dos riscos e benefícios

A metodologia é adequada aos objetivos propostos e não impõe condição de risco/desconforto ao sujeito da pesquisa. O desenvolvimento deste estudo poderá fortalecer o grupo de profissionais envolvidos e conseqüentemente melhorar a qualidade do serviço oferecido.

Secretaria Municipal da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/SMS

2

PARECER Nº 283/07 – CEP/SMS
CAAE: 0144.0.162.196-07

Os direitos fundamentais do sujeito de pesquisa, relativos à informação, privacidade, recusa e desistência inócuas, continuidade do atendimento, indenização, ressarcimento, e o acesso à pesquisadora estão garantidos. O acesso ao CEP está garantido.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

É conciso e objetivo, está formulado na forma de convite, a linguagem é adequada ao nível sócio-cultural dos participantes. Há descrição suficiente dos procedimentos e explicitação das garantias referidas no item IV. 1 da Res.CNS 196/96. Permite uma decisão consciente do sujeito da pesquisa, bem como a saída da pesquisa sem prejuízo algum. Estão descritos os procedimentos para a obtenção do TCLE.

3. Parecer do CEP: Projeto Aprovado

Como procedimento adotado por este Comitê de Ética em Pesquisa, solicitamos a inclusão, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do seguinte: qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – Rua General Jardim, 36 – 2º andar – Telefone: 3218-4043 – e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br.

Lembramos que este parecer não basta para que seu estudo possa se realizar dentro da unidade. É necessária também a permissão administrativa da autoridade sanitária.

Salientamos os seguintes aspectos a serem considerados pelo pesquisador:

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - item IV.1f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento livre e esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.2.d)
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Atenciosamente,

Prof. Dra. IARA COELHO ZITO GUERRIERO
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa da
Secretaria Municipal da Saúde – CEP/SMS

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) _____

Meu nome é Juliana Reale Caçapava, sou enfermeira, aluna regular do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP, na área temática de Saúde Mental. Estou realizando uma pesquisa sob orientação da professora Luciana de Almeida Colvero. Trata-se de um estudo sobre o acolhimento ao portador de sofrimento psíquico na Atenção Básica, a partir do ponto de vista dos trabalhadores. O objetivo do trabalho é analisar o processo de acolhimento realizado numa Unidade Básica de Saúde - enquanto articulador do cuidado em saúde mental - identificando os saberes e práticas dos trabalhadores que orientam este processo e as facilidades e dificuldades que se estabelecem nas relações entre trabalhadores e usuários e trabalhadores entre si, a partir dele, no cotidiano do serviço.

Os dados serão coletados a partir da técnica do grupo focal, em que serão realizadas discussões, através de um roteiro previamente elaborado, com os trabalhadores do serviço que desejarem participar do estudo. Serão aproximadamente 5 reuniões do grupo focal, mediadas pela pesquisadora e com a presença de um observador. Suas datas e horários serão negociados coletivamente junto aos participantes, de modo a não prejudicar suas atividades de trabalho na Unidade Básica de Saúde. Além disso, haverá um questionário para a caracterização destes trabalhadores, a ser respondido por eles.

Sendo assim, convido-lhe a ser um participante desta pesquisa, garantindo que as informações serão utilizadas de forma a assegurar a você seu anonimato. Asseguramos também, que como participante, você tem a total liberdade de recusar e interromper a qualquer momento sua participação na pesquisa, sem qualquer ônus.

Disponho-me a esclarecer qualquer aspecto relacionado à pesquisa, durante o seu desenvolvimento, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.

Obrigada por sua atenção e participação,

Juliana Reale Caçapava - COREN: 07945/06

Declaro ter sido esclarecido (a) a respeito do objetivo, da forma de participação e de utilização das informações, e quanto à liberdade de recusar ou de interromper, sem ônus de qualquer espécie, minha colaboração durante a pesquisa sobre o acolhimento ao usuário com necessidades no campo da saúde mental na UBS Vila Progresso, que está sendo realizada pela pesquisadora Juliana Reale Caçapava, sob supervisão da professora Luciana de Almeida Colvero. **Concordo** em participar como informante na coleta de dados para essa pesquisa.

Nome _____

Pesquisadoras: Juliana Reale Caçapava e Luciana de Almeida Colvero

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica - ENP

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419. Fones 3061-7571/ 3061-7602 Fax: 3061-7615

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde

Rua General Jardim, 36 – 2º andar. Fone: 3218-4043. E-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br

ANEXO C - CARACTERIZAÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE DA UBS

Idade: _____ Sexo: () M () F

Formação: _____

Há quanto tempo é formado? _____

Trabalha em outro local, além da UBS Vila Progresso? 1 () Sim 2 () Não

Qual? _____ Qual função exerce? _____

Há quanto tempo trabalha no serviço público? _____

Há quanto tempo trabalha na UBS Vila Progresso? _____

Experiência anterior na área de saúde? 1 () Sim 2 () Não

Qual? _____

Participação em algum grupo ou associação?

() nenhum

() ligado à escola

() ligado ao trabalho

() ligado à igreja

() ligado ao bairro

() outro tipo. Qual? _____

ANEXO D - ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL COM TRABALHADORES DE SAÚDE DA UBS

Participantes: 8 a 10 trabalhadores de saúde; 1 moderador; 2 observadores.

Duração: aproximadamente 1 h 30 minutos.

Parte I – Apresentação (15 minutos)

- Explicação a respeito do objetivo da pesquisa – caracterizar a produção de cuidado em saúde mental de uma Unidade Básica de Saúde, tomando o acolhimento dos usuários com necessidades no campo da saúde mental, como um analisador dos processos de trabalho de uma equipe multidisciplinar
- Distribuição dos questionários para caracterização profissional dos sujeitos.

Parte II - Sensibilização (15 minutos)

- Convidar cada participante a se apresentar;
- Solicitar aos participantes que reflitam a respeito de uma situação profissional, com algum significado em suas vidas, no convívio com um portador de sofrimento psíquico.

Parte III - Questões a serem trabalhadas (duração: aproximadamente 1 hora)

III. 1 O cuidado ao portador de sofrimento psíquico

- O que significa para vocês cuidarem de um usuário portador de sofrimento psíquico? Como se sentem neste papel?
- Quais os conhecimentos e as habilidades que vocês consideram importantes para cuidar de um portador de sofrimento psíquico?
- O que vocês entendem por acolhimento ao usuário? Qual a finalidade do acolhimento?
- Para vocês, o que significa participar do acolhimento em saúde mental?
- Quais as facilidades e dificuldades que vocês encontram para desenvolverem o acolhimento em saúde mental? Como vocês lidam com as dificuldades?

III. 2 Processo de trabalho de saúde mental em equipe

- O que vocês entendem por trabalho em equipe?
- O que vocês consideram necessário para se fazer trabalho em equipe?
- Qual a importância do trabalho em equipe para o cuidado ao portador de sofrimento psíquico?

- Quais as facilidades e dificuldades encontradas por vocês no processo de trabalho em equipe, a partir do acolhimento em saúde mental?
- Quais estratégias vocês utilizam para lidar com as dificuldades advindas do processo de trabalho em equipe? Como vocês interagem nestas situações?

Observação: Ao final da reunião explicar ao grupo qual o objetivo do fluxograma a ser construído no próximo encontro, pedindo para escolham o *usuário típico*, de acordo com as recomendações da literatura em que nos fundamentamos.

Parte IV – Fluxograma Analisador

IV.1 Construção coletiva

- Retomar com o grupo os pré-requisitos para a escolha do ***usuário típico***: utilizar o serviço há pelo menos seis meses; ter passado pelo menos por três profissionais do serviço; ter utilizado, durante sua permanência na UBS, a rede de serviços de saúde mental do território;
- Pedir que relatem o caso, de forma resumida;
- Como foi o acesso do usuário ao serviço? (demanda espontânea? enfrentou fila? agendou consulta? chegou em crise psiquiátrica? veio acompanhado?)
- Anotar no *flip chart* a expressão gráfica desse acesso;
- Pedir para que os trabalhadores relatem os processos de trabalho na UBS, segundo os itinerários que são feitos pelo usuário quando busca assistência do serviço;
- Itinerário do usuário fora do serviço, encaminhado ou não pela UBS;
- Ao final, fazer uma revisão desse caminho, retomando novamente os processos de trabalho, já que há sempre algo a ser mudado, ou que foi esquecido. Desta forma, a revisão ajuda a aperfeiçoar o fluxograma.

IV.2 Análise Coletiva do Fluxograma

Questões dirigidas a todos, sobre o atendimento realizado no serviço, tomando por base a construção do fluxograma, através da ajuda do *flip chart*.

- ✓ Analise o atendimento oferecido ao *usuário típico*, considerando os seguintes itens:
 - a) Abordagem de cuidado dos profissionais (suas ferramentas para a prática do cuidar);
 - b) As ações e atividades propostas para o cuidado (projeto terapêutico);
 - c) A interação entre os profissionais;

- d) A relação com os demais serviços de saúde.
- ✓ Como você avalia que este atendimento afetou os trabalhadores e usuários (ser, pensar, agir, sentir?)
 - ✓ Com base nesta análise, e retomando o seu conceito de cuidado e qualidade de atenção, você proporia mudanças no atendimento oferecido e nos processos de trabalho desta unidade. Quais?

Parte V - Proposta de atividade

- Objetivo: analisar o sentido das práticas produzidas pelos trabalhadores de saúde da UBS.
- Operacionalização:
 - a) Entrega do material - poema e citações, para reflexão (Anexo E);
 - b) Solicitar que realizem a leitura em aproximadamente 10 minutos;
 - c) Solicitar que expressem suas impressões e seus sentimentos acerca do material lido;
 - d) Propor questões para a reflexão coletiva:
 - ✓ Reflitam sobre o mundo do trabalho como um lugar de encontros/desencontros de interesses e desejos. Como isso se dá no seu trabalho, na UBS?
 - ✓ Com o apoio da leitura realizada, e refletindo sobre o que abordamos em nossos encontros, façam a seguinte reflexão: que **ações** poderiam ser desencadeadas no serviço, para possibilitar aos profissionais interrogarem sobre o sentido de suas práticas e construir um cuidado acolhedor?

ANEXO E - ROTEIRO PARA ATIVIDADE DE REFLEXÃO

I.

[...]
 De forma que, certo dia,
 À mesa, ao cortar o pão.
 O operário foi tomado
 De uma súbita emoção
 Ao constatar assombrado
 Que tudo naquela mesa
 - garrafa, prato, facção,
 Era ele quem fazia.
 Ele, um humilde operário,
 Um operário em construção.

Olhou em torno: gamela,
 Banco, enxerga, caldeirão,
 Vidro, parede, janela,
 Casa, cidade, nação!

Tudo, tudo o que existia
 Era ele que fazia.
 Ele, um humilde operário
 Um operário que sabia
 Exercer a profissão.

Ah! Homens de pensamento
 Não sabereis nunca o quanto
 Aquele humilde operário
 Soube naquele momento!

Naquela casa vazia
 Que ele mesmo levantara
 Um mundo novo nascia
 De que nem sequer suspeitava.
 O operário emocionado
 Olhou sua própria mão,
 Sua rude mão de operário
 De operário em construção.
 E olhando para ela
 Teve um segundo a impressão
 De que não havia no mundo
 Coisa que fosse mais bela.

Foi dentro dessa compreensão
 Desse instante solitário
 Que, tal sua construção
 Cresceu em alto e profundo
 Em largo e no coração
 E como tudo que cresce
 Ele não cresceu em vão
 Pois além do que sabia
 - exercer a profissão –
O operário adquiriu
 Uma nova dimensão:
 A dimensão da poesia.

(“O operário em construção”, Vinícius de Moraes)

II.

“Afinal de contas, somos seres de desejo e temos no trabalho a oportunidade de crescermos como pessoas, profissionais e cuidadores (Brasil, 2005)”.

“[...] desejo não é forçosamente um negócio secreto ou vergonhoso como toda psicologia e moral dominantes pretendem. O desejo permeia o campo social, tanto em práticas imediatas quanto em projetos muito ambiciosos. Por não querer me atrapalhar com definições complicadas, eu proporia denominar desejo a todas as formas de vontade de viver, de vontade de criar, de vontade de amar, de vontade de inventar uma nova sociedade, outra percepção do mundo, outros sistemas de valores” (Guattari, Rolnik, 2000).

“O conflito é democrático, é esclarecedor, é necessário” (Lancetti, 2001).

III.

- ☐ Procure na lembrança o que você tem vivido no cotidiano do trabalho em saúde, na UBS...
- ☐ Pense nas tensões que você identificou/vivenciou no seu trabalho, na UBS...
- ☐ Interrogue sobre o sentido de suas práticas no cotidiano do trabalho em saúde, na UBS...