

RICARDO SPARAPAN PENA

**SAÚDE MENTAL ATRAVESSADA:
“construindo espaços de interlocução entre a queixa
invisível e outras dores já instituídas”**

CAMPINAS

Unicamp

2009

RICARDO SPARAPAN PENA

**SAÚDE MENTAL ATRAVESSADA:
“construindo espaços de interlocução entre a queixa invisível e
outras dores já instituídas”**

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração em Saúde Coletiva.

ORIENTADOR: PROF. DR. SÉRGIO RESENDE CARVALHO

CAMPINAS

Unicamp

2009

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

P38s	Pena, Ricardo Sparapan Saúde mental atravessada: “construindo espaços de interlocução entre a queixa invisível e outras dores já instituídas” / Ricardo Sparapan Pena. Campinas, SP: [s.n.], 2009. Orientador: Sérgio Resende Carvalho Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. 1. Saúde Coletiva. 2. Atenção Básica à Saúde. 3. Políticas Públicas. 4. Gestão em Saúde. I. Carvalho, Sérgio Resende. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.
------	---

Título em inglês: Reaching out to mental health: building cross talk common places the invisible complaint and other recognized grieving pains

Keywords: • Public health
• Primary Health Care
• Public policies
• Health management

Titulação: Mestre em Saúde Coletiva

Área de concentração: Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Prof. Dr. Sérgio Resende Carvalho

Profa. Dra. Rosana Teresa Onocko Campos

Profa. Dra. Maria Elizabeth Barros de Barros

Data da defesa: 18-02-2009

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Aluno(a): Ricardo Sparapan Pena

Orientador: Prof.(a). Dr.(a). Sergio Resende Carvalho

Membros:

Prof. Dr. Sergio Resende Carvalho

Prof^a. Dr^a. Maria Elizabeth Barros de Barros

Prof^a. Dr^a. Rosana Teresa Onocko Campos

Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 18/02/2009

*Dedico este trabalho a
três pessoas especiais e
que constituem um coletivo de dedicação e muita sabedoria:
À meus pais, Wilson e Sônia Pena, simplesmente por tudo e à
minha eterna amiga Ligia Donnângelo,
que dispara em mim o sentido
do que pode ser uma amizade ao extremo.*

Sim! Sim e cada vez mais sim! O sim traduz o momento decisório onde reconhecemos nossos pares. Através de felicidades e angústias necessárias, vividas, fortificantes de uma realidade muitas vezes inventada, reconheço aqui aqueles que pra mim disseram sim não só no momento desta dissertação, mas na caminhada da vida, em qualquer canto onde um afeto gritasse a minha presença com voz firme e o encontro estivesse empunhado da construção de conhecimento, de vivências, da passagem do inesperado... Daquilo que chamamos de amor.

Os agradecimentos aqui são extensos e podem até cansar um pouquinho... Mas hoje não é possível que sejam de outra forma.

Sendo assim, aos meus pais, Wilson e Sônia Pena, reconheço e atribuo a minha base, o meu solo que, através da educação que me deram, me despertaram para o coletivo, podendo entender que as asas que me deram são suficientes para que eu voe até a máxima potência dos encontros que tenho pela vida.

Aos meus irmãos, Paulo e Ana Paula Pena, digo-lhes hoje que para fora de casa, vocês também me ensinaram a dar os primeiros passos. E posso vê-los construindo uma vida de enfrentamentos inspirada em combates necessários, o que me dá a certeza de que vale a pena arriscar.

Kamila, minha sobrinha linda, seu tio aqui sempre terá a sua idade! Agradeço a você por ser tão jovem e tão companheira, conseguindo viver e entender muitas coisas que para mim são fundamentais para o exercício do companheirismo.

Aos meus sobrinhos Letícia, Lívia e Lucas, crianças lindas e de muitas falas, cheiros, cores e sabores, agradeço a vocês por crescerem por perto, pois as distâncias se encurtam através dos afetos.

Aos meus cunhados Paulão e Isabela, mesmo que separados de mim por 180 km, vejo que são parceiros tanto quanto eu pensei que fossem. Ah, e sábado tem cervejinha lá em casa!

Ao meu orientador Sérgio Resende Carvalho, o qual nunca se furtou de bons encontros baseados não apenas no trabalho acadêmico, mas na potência que pode reconhecer em mim.

Às professoras Rosana Onocko Campos e Maria Elizabeth Barros de Barros, reconheço a importância das interlocuções estabelecidas no exame de qualificação e na defesa da dissertação. Para, além disso, reconheço também pela composição que vamos criando pela vida afora, o que fez do nosso encontro uma defesa de mestrado “linda e loira”, conforme já havíamos previsto!

Aos meus companheiros do Conexões – Políticas da Subjetividade e Saúde Coletiva – DMPS/FCM/UNICAMP – Sérgio Carvalho, Gustavo Nunes, Simone Amorim, Anderson Martins, Maíra Guerra, Bruno Mariani, Altair Massaro, Dani Donadan, Gines Villarinho e Maony Reis: o que mais tenho a lhes dizer? Simplesmente que, junto de vocês, vale a pena comprar inúmeras brigas!

Ao Gustavo Nunes de Oliveira, para mim um mestre, agradeço por me incentivar e me apoiar nesta jornada, sempre acreditando no meu trabalho e me auxiliando a abrir caminhos dentro do campo da Saúde Coletiva; campo extenso e que pactuamos ser como um dos vários sinônimos da palavra vida, em seus múltiplos sentidos. É muito bom aprender com você e tê-lo como uma referência do que é parceria.

À Simone Amorim, agradeço por não questionar os motivos pelos quais sempre precisei de sua presença. Reconheço aqui que hora e local não são contornos suficientes para os nossos encontros. O sentimento sempre respondeu a isso.

Ao pessoal do CAPS Novo Tempo: a vocês, tudo o que eu puder compartilhar. Tenham sempre a certeza disso!

Ao meu gerente do CAPS, um dos meus vários “patrões” (risos e muitos risos) Eduardo Camargo Bueno, agradeço por não ser o meu chefe, mas sim o gestor do meu trabalho por esses anos e que soube olhar para mim enquanto alguém que construía um caminho junto à equipe com quem trabalhávamos, mas sempre atento à minha singularidade neste processo, possibilitando que eu trilhasse concretamente os caminhos correspondentes às perspectivas que à minha porta batiam.

À Gabriella Di Mattia e à Patrícia Borguezan: obrigado por serem minhas amigas, minhas interlocutoras, meus carinhos e saibam que estarei com vocês para sempre, em tudo.

À equipe toda do CS DIC III (Distrito de Saúde Sudoeste de Campinas), agradeço pela disponibilidade em me receber com tanto carinho e continuar dizendo sim para os nossos encontros presentes e futuros. À Rosana Garcia, gerente da unidade, digo que não só compartilhamos as nossas loucuras, mas caminhamos juntos no desenrolar do mestrado e por muito tempo ainda trocaremos os nossos afetos.

À Marcela Borgonovi, Terapeuta Ocupacional do CS DIC III e meu “bolinho”, obrigado pela parceria nestes anos de trabalho e pela confiança nesse meu jeito “despojado psicólogo de ser”.

Aos meus professores da graduação em Psicologia da UNESP/Assis, Silvio Yasui e Cristina Amélia Luzio: reconheço aqui não só os empurrões que iniciaram a minha jornada pelo campo da saúde, mas a confiança em meu trabalho e o companheirismo nas horas certas e incertas.

À Marília Muylaert, também minha professora na graduação, agradeço por puxar as minhas orelhas e me auxiliar no entendimento de que a vida não é uma fotografia, mas um filme que comporta os recortes de múltiplas paisagens.

Aos meus amigos Savio Garrido, Gilson Firmino e Lairto Tosta: obrigado por existirem. A existência de vocês ao meu lado já basta!

Ao Sander e ao Claytinho, companheiros de várias incursões pela vida e acima de tudo, também ótimos parceiros, obrigado pela amizade e proximidade aquecida pelos anos assisenses e campineiros.

À Juliana Faina, meus sinceros agradecimentos por ser minha amiga, por confiar em mim e valorizar muito o meu trabalho nesta empreitada.

À Ariana Campana Rodrigues, pelos anos de estrada juntos e vivências compartilhadas pelo campo da saúde mental e pela vida, por sempre acreditar que o meu trabalho está para além do que as páginas desta dissertação suportam.

À Maria Estela Santos, companheira de faculdade, de república, minha conterrânea e também um parâmetro para a hora do descanso: obrigado por comemorar comigo todas as vezes que algo apenas parecia que iria dar certo! E quando dava...

À Van Konishi e Ana Flávia Fattore, minhas madrinhas caninas, obrigado pela presença constante e pensamento firme frente aos entraves da vida e à consecução deste processo de mestrado.

À Karina Ishikawa, meu agradecimento por fazer da nossa relação uma obra de arte, sem desenhos prévios, mas com muito carinho e apoio em tudo.

Ao Rafa Caron, agradeço pela amizade e pelas aulinhas de inglês antes do TEAP. Cara, você me ajudou demais! Obrigado mesmo!

À Jama Garcia, companheira de Assis e pela vida diurna e noturna. Só você mesmo para fazer do exercício de escrita do abstract um momento de intensas risadas e muitas alegrias!

À Bianca Bedin, minha amiga e companheira de trabalho e de mestrado, agradeço o “lado a lado”, o “corpo a corpo” nos bons e maus momentos de incursões intelectuais, “mentaleiras”, breves ou não.

À Cátia Paranhos Martins, minha irmã não só de coração, mas de corpo inteiro, agradeço por ser uma grande companheira e vivenciar comigo momentos onde o “entre” lugares é fundamental para o entendimento de muitas coisas na vida.

À Mirela Pessati, minha amiga de curso e percurso, que sempre me dasafogou nos momentos de formatação da dissertação, mas não só nesses: obrigado pelo seu carinho e pelos momentos divertidíssimos que tivemos, temos e teremos juntos!

À Ju Pacheco, que me inspirou sempre com seus questionamentos foucaultianos, deleuzianos, espinozanos entre outros, sempre vendo em mim o CAPS por excelência (aqui, morram de rir!) e dando importância ao meu paraparapapapapapapa descontextualizado de épocas anteriores!

Ao Paulinho Vital, agradeço pelo companheirismo, pela paciência comigo nos momentos finais desta dissertação e por estar perto da minha “chatice” até mesmo nas horas onde eu já não diferenciava mais o necessário daquilo que é exagerado.

E, para finalizar com chave de ouro, agradeço à Maísa Santos, secretária da pós-graduação, por sempre me lembrar de que eu estava na UNICAMP, porque sinceramente, em muitas vezes eu me esquecia disso!

*Renda-se,
como eu me rendi.
Mergulhe no que você não conhece
como eu mergulhei.
Não se preocupe em entender,
viver
ultrapassa qualquer entendimento.*

Clarice Lispector

Este trabalho aborda o desenvolvimento de estratégias de produção de saúde que buscam sustentar a criação de espaços de interlocução entre profissionais e a construção de uma prática clínica que discuta a subjetividade, seus processos de construção e a relação da mesma com a expressão de sintomas descritíveis. O Apoio Especializado Matricial no Centro de Saúde (CS) DIC III, localizado no município de Campinas (SP) é utilizado como dispositivo analisador e mapeador das práticas de saúde. Este estudo toma como foco as práticas de cuidados dos trabalhadores junto ao campo da saúde mental e o modo como eles lidam com os modelos e práticas clínicas prescritivas e inventivas que se fazem presentes. A pesquisa-intervenção prioriza o mencionado plano e, nele, o encontro entre profissionais e usuários. Assim, uma descrição detalhada do período aqui se apresenta como a fonte de discussões e campo de análise. Este estudo mapeou as atividades de apoio matricial no CS DIC III - durante dois anos e nove meses - e elaborou ferramentas teóricas e práticas que contribuam para a construção coletiva de outros entendimentos acerca da queixa invisível e de outras dores já instituídas.

This work approaches the development of health strategies to enforce interlocutory positions among professionals and to breed clinical practice that discusses the subjectivity, its making process and its relation with delineated symptoms description. The Specialized Team Support at DIC III's Primary Health Center, located at Campinas-São Paulo is used as an analytical and mapping device for that practice. The study focus the health care practices of the workers in the Mental Health field and at the way how they deal with the clinical prescriptive models and creative practices on it. The intervention-research focused the mentioned plan, in this context, at the professional-user encounter. Therefore, a detailed description of the period is presented here as a discussion source and field analysis.

This study mapped the Team Support Process at DIC III - during 2 years and 9 months - and provided practical and theoretical tools for development of collective acknowledgements about invisible complaints and other institutionalized grieves

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CS	Centro de Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
UBS	Unidade Básica de Saúde

	Pág.
RESUMO.....	xxi
ABSTRACT.....	xxiii
CAPÍTULO 1- Um mergulho na polifonia.....	31
Apresentação do envolvimento - estética do aprendizado.....	33
Buscando entender em que plano a política atravessa o desejo.....	36
No trabalho, praticando saúde.....	38
A incursão - notas sobre o objetivo de um trabalhador em curso.....	42
O conceito de dispositivo - rascunhos do dizível e do visível.....	50
CAPÍTULO 2- O campo e alguns desdobramentos.....	53
A notícia.....	65
A abordagem de um percurso.....	68
Incursão metodológica - cartografia do cotidiano.....	76

CAPÍTULO 3- Uma construção advinda da parceria entre Apoio Matricial e Equipe.....	81
O almoço.....	89
Vivências do matriciador/equipe.....	90
CAPÍTULO 4- Voltando a alguns pontos e criando outros problemas.....	93
CAPÍTULO 5- Finalizando.....	111
O profissional de saúde e o desenho da lógica (?) que o transforma em Apoiador Matricial.....	113
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	117

CAPÍTULO 1

Um mergulho na polifonia

Apresentação do envolvimento - estética do aprendizado

A Atenção Psicossocial¹ enquanto aposta na transformação das práticas em Saúde Mental é hoje uma das perspectivas que compõem o processo evolutivo das práticas neste campo. Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003) analisam a plasticidade desse movimento através de quatro dimensões que descrevem principalmente a visibilidade que este conceito vem alcançando em relação a outros modos referentes à prática do cuidado:

1) Concepção do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos:

conflitos e contradições fazem parte da constituição dos sujeitos, assim como os entornam. Os problemas enfrentados na vida não têm uma determinação orgânica, mas sim processual, que engloba os cruzamentos entre os aspectos psíquicos, sociais e culturais. Não há aqui apenas o tratamento das doenças, mas o cuidado com a demanda que o sujeito traz através de uma escuta que enfoca a criação de si. Essa dimensão pode ser alcançada pela configuração transdisciplinar entre os trabalhadores. Desinstitucionaliza-se o paradigma doença-cura.

2) Concepção da organização das relações intrainstitucionais: preconiza a horizontalização das relações entre os trabalhadores para que esta também ocorra entre trabalhadores e usuários dos serviços, distinguindo o poder decisório dos profissionais do saber gerencial. Busca a liberdade de circulação dos usuários, a participação dos mesmos nos dispositivos de gestão e um modo integrado de divisão do trabalho dos profissionais que se oponha ao modelo taylorista. Também aqui, o que norteia a construção de linhas de cuidado é o conceito de transdisciplinaridade.

¹ Aqui, é utilizado o termo “Atenção” Psicossocial, fazendo referência à diferença existente entre as concepções de Atenção e Modo Psicossocial. As quatro dimensões da Atenção Psicossocial descritas neste texto são utilizadas aqui pela clareza que nos dão em relação ao que preconizam. Porém, para um maior esclarecimento sobre o uso deste conceito, ver Costa-Rosa, Luzio e Yasui, 2003.

3) Concepção das relações da instituição e seus agentes com a clientela e com a população em geral:

a porosidade entre instituição de tratamento e território onde se situa busca o livre trânsito dos usuários pelo espaço institucional, promovendo relações de interlocução entre profissionais e usuários que se distanciam de relações binárias entre doentes e são. Age com base na atenção integral às demandas no território, pretendendo a desinstitucionalização do paradigma psiquiátrico.

4) Concepção efetivada dos efeitos de suas ações em termos terapêuticos e éticos:

esta dimensão põe em cena a ética da singularização, o que reposiciona o sujeito perante a vida e o potencializa para o enfrentamento dos conflitos, estando longe da supressão sintomática e mais em relação com as formas constitutivas do desejo.

Pensando sob esta ótica, podemos caminhar para processos de trabalho que pensem a relação trabalhador-usuário como uma tentativa de desmanchar territórios de produção de sofrimento já instituídos, criando novas alternativas de interlocução do desejo com as possibilidades de efetuação do mesmo.

Partindo-se destas dimensões, a construção de dispositivos que atendam o usuário em uma perspectiva Psicossocial, passa pela implicação de atores que se proponham a agir terapêuticamente descolados de práticas corporativo-centradas. Quando objetivamos um ato terapêutico com o usuário, devemos sempre estar atentos a dois pontos: em primeiro, que não estamos tratando um objeto, mas sim com uma vida em processo e, segundo, como nos implicamos para um agir terapêutico no coletivo².

²O termo coletivo aqui é entendido enquanto plano relacional, de co-engendramento, de produção de subjetividades, segundo o modo como é utilizado por Escóssia e Kastrup, 2005.

E, neste sentido, o sujeito a quem prestamos cuidados não apenas nos demanda a investigação do inconsciente, mas sim a sustentação de várias parcerias que pensem projetos terapêuticos centrados na potência deste sujeito em relação com os espaços em que habita e se constitui enquanto singular, e não apenas na remissão sintomática. Projetos terapêuticos que façam um mapeamento dos movimentos de conectividade do sujeito com os elementos do coletivo, ou seja, que levem em consideração quais as linhas que marcam a produção de subjetividade e através de quais mecanismos terapêuticos elas se explicitam, tornando possível a construção de espaços onde o agir terapêutico se efetua desvelando enunciados de composição da vida, assim como as saídas para que o sofrimento se transforme em uma existência que questiona o processo no qual este mesmo sofrimento se constrói. Projetos terapêuticos intrinsecamente ligados ao componente político da produção subjetiva.

Sendo assim, praticar saúde no coletivo demanda a criação de caminhos onde a clínica aborde a construção de uma

(...) rede de novos serviços: espaços de sociabilidade, de trocas, em que se enfatiza a produção de saúde como produção de subjetividades. Isto tem significado *colocar a doença entre parênteses* e propiciar contato com o sujeito, rompendo com as práticas disciplinares; aumentando a recuperação do seu estatuto de sujeito de direitos. (Costa-Rosa, Luzio e Yasui, 2003: 32 e 33).

Buscando entender em que plano a política atravessa o desejo

Como projeto para um trabalho que se proponha a romper com o modelo médico-centrado³, no cuidado com a vida, o alcance que as intervenções têm se expressam através de uma constante mudança nos posicionamentos que ocupamos enquanto profissionais/parceiros/terapeutas, a qual se dá a partir do aprendizado na relação com o usuário, pois para intervir no coletivo, nos é necessário avaliar qual o grau de questionamento produzido pelo usuário frente ao tratamento oferecido e como atuamos quando nos propomos a descobrir novos caminhos no processo de cuidar. Em um campo social de múltiplas intensidades, muitas vezes os processos de subjetivação não caminham na mesma velocidade das mudanças ocorridas no mesmo. Os espaços, entendidos aqui como as cidades, se modificam em forma (mudança de lugares), em número (multiplicação de pessoas, de lugares), em gênero (novas/outras sexualidades) e em outros aspectos aqui não citados, mas que atualmente exigem que o sujeito produza a sua realidade, produza desejo independentemente da velocidade de tais transformações sociais, o que pode acarretar o surgimento depressões, tentativas de suicídio e etc.

Tais mudanças não devem ser entendidas apenas como mutações da realidade a partir de condições dadas a priori, uma vez que a transformação da realidade acontece no plano das intensidades, dos encontros entre o sujeito e as várias formas de compor a vida, o que nos dá a noção de que este sujeito habita um espaço subjetivo, e não apenas geográfico. A cidade subjetiva, tal qual pensada por Fonseca (2003), nos revela o urbano como uma fonte de encontros entre as pessoas e os elementos que compõem a sociedade, dos quais derivam as mais variadas produções de existência, o que intensifica o plano de efetuação de novos modos de subjetivação e sentidos que movem ou estancam o movimento de invenção da vida.

³ Entendendo aqui, como nos coloca Merhy (2005) tal modelo como também corporativo-centrado, fazendo referência às outras profissões da área da saúde enquanto núcleos profissionais que concentram o cuidado, o subsumindo a um discurso particular e próprio de cada núcleo profissional específico.

Em relação a este movimento de invenção da vida, podemos pensá-lo enquanto rizomático (Deleuze e Guattari, 1995), pois é na multiplicidade dos encontros que a vida proporciona aos sujeitos os possíveis modos de existir. Estes modos surgem enquanto produtos da atuação de movimentos ou linhas do cotidiano, que pulsam e atravessam os corpos, podendo atualizar o singular, a diferença. E, nesta mesma direção, o rizoma pode desmanchar territórios baseados em representações de um bem-estar obrigatório (e aqui se atualizam as diferenças), muitas vezes descolado do devir que pede passagem para expressar-se enquanto uma outra forma de ser e habitar o mundo.

Por sua característica conectiva, o rizoma amplia a possibilidade da vida se tecer fora de uma centralidade, ou seja, fora de um sistema que, se necessariamente obedecido como uma regra que limita a construção do desejo e baseia a vida na moral, gera sintomas muitas vezes ininteligíveis e de difícil acesso tanto ao usuário quanto aos seus parceiros/terapeutas.

Hoje não temos como exigir que a vida se transforme na mesma velocidade em que as transformações sociais acontecem.

O trabalho clínico então consiste em fabricar condições para que, mesmo no meio de mudanças tão velozes, o sujeito, envolto em seu sintoma, consiga minimamente decifrar a sua própria realidade, ou seja, inventar a si entendendo o processo pelo qual está passando, pois o quantum de informações produzidas com tais mudanças desenha uma produção desejante cada vez mais fragmentada, mecanizada, onde o excesso de exigência social provoca irrupções de ritmos de vida que se intensificam e traduzem-se nos mais variados modos de subjetivação, como uma existência sofrida, p.ex.

Quando o sujeito não consegue responder à velocidade dos acontecimentos, pode se tornar refém desse excesso de “progresso” e demandar uma desaceleração para poder se reconstituir, estabilizar-se por um período indeterminado.

A política é vista aqui enquanto o modo como o corpo compõe com as linhas, com as dicotomias existentes no coletivo e que o atravessam, provocando conexões com elementos do cotidiano e dando passagem para que os devires se atualizem em movimentos de singularidade, resultando sempre em algo inesperado. Não se trata de destino, de viver o que já está marcado para acontecer, mas sim de um mergulho em possibilidades de existência recheadas por devires que se atualizam em algo que está por vir sem que esteja planejado, calculado. Assim, a política atravessa o desejo ao passo em que a vida se faz em conectividade, que acontece segundo produções não antecipadas e que abram campo para que o sujeito se posicione perante a si e ao mundo enquanto autor de sua própria história, enquanto personagem em constante invenção de seu território existencial.

No trabalho, praticando saúde

Articular saberes e práticas na área da saúde é uma tarefa que presume uma avaliação constante dos processos de homogeneização construídos pela soberania dos especialismos e suas condutas, que em uma perspectiva histórica, têm consolidado formas de cuidado em que o olhar para a produção subjetiva na relação terapêutica pode tornar-se secundário, prevalecendo o sintoma e também o protocolo de sua extinção, ambos descolados do processo onde se construíram.

É cotidiana a dificuldade que as equipes de saúde têm para dialogar e problematizar como trabalham a interação entre as especialidades, criando espaços onde o que se discute, em muitas vezes, não tem como foco a integralidade na atenção. São elencadas várias possibilidades de intervenção, fragmentando o sujeito, atentando para as várias partes do corpo a serem tratadas. Em sua funcionalidade, isso vem produzindo, na saúde pública e privada, uma relação mercadológica entre a “oferta de atendimento” e a “população-cliente” a ser atendida, pois a assistência acaba se estruturando através da demanda e a

grande oferta medicamentosa sugere ao usuário-cliente o alívio da dor ou a cura, implicando as equipes em processos de trabalho que as prendam às consultas médicas e repetições de receitas.

Pensando neste aspecto, é necessário que analisemos a produção de espaços que promovam em Unidades Básicas de Saúde (UBS) discussões e práticas clínicas que tragam novos sentidos para a intervenção em saúde, atualizando modos de cuidar que rompam com a lógica de encaminhamentos para as especialidades enquanto solução de problemas. Isso é muito comum, principalmente em territórios cuja população é quase que em sua totalidade dependente do SUS e a clientela é composta por sujeitos que misturam em si necessidades clínicas, educacionais, trabalhistas e demandas subjetivas.

Os espaços de produção de saúde que dialogam com as necessidades dos usuários são construídos em cima das dificuldades encontradas pelos trabalhadores da área, quando estes são convocados a repensar a prática para que não repitam modelos que tenham alcance apenas em níveis prescritivos.

Oferecer ao sujeito apenas um alívio da necessidade, sem promover um questionamento acerca do que é receber cuidado, pode automaticamente transformar tais necessidades em emergências, devido ao crescente aumento da demanda.

Quando isso se torna um imperativo por parte dos trabalhadores, abre-se um campo para que o usuário procure a Unidade de Saúde se destituindo de responsabilidade para com o próprio cuidado, pois a relação com o sofrimento encontra respostas prontas, rígidas e, em sua maioria, encerradas na medicação.

Constantemente vemos nas UBS's o crescente número de "repetições de receitas", feitas por profissionais que em muitas vezes não têm conhecimento sobre o sujeito do qual estão "tratando". Assim, a interface criada no encontro entre trabalhador e usuário assume um formato esfacelado, não sendo possível cuidar de fato se entendermos saúde como a extinção do sintoma e

desconsiderando a produção do mesmo, o que descola o sujeito de sua história de vida.

Dessa forma, a intervenção exige que pensemos ações que ofereçam para a população uma resposta que atenda ao usuário não só ofertando ações de saúde coletiva tradicionais, mas que tais ações promovam encontros entre trabalhadores e usuários, questionando em ambos as representações sobre o que é saúde. É possível trabalhar com a população qual a função que a UBS ocupa no território onde se encontra e também promover saúde de maneira humanizada, intervindo sempre levando em consideração a relação que o usuário mantém com a UBS na busca de resolutividade para seus problemas, além da representação cultural que o “postinho de saúde” tem na região como componente na produção de subjetividades.

Aqui, devemos nos atentar para as alternativas que promovam saúde enfocando a realidade das regiões, a distribuição dos recursos sociais e da saúde nas mesmas para além da UBS, as parcerias possíveis de se construir, assim como os vários modos de adesão aos serviços criados pelos próprios usuários a partir da postura que a UBS adota frente ao modo como oferece cuidados.

Porém, a multiplicidade de saberes presente em uma equipe de saúde não garante que o usuário da UBS terá naquele local um espaço em que seu sofrimento seja escutado para além do sintoma. As queixas apontadas na recepção quando dirigidas ao Acolhimento⁴, em sua maioria, são vistas de maneira protocolar, encaixadas em possibilidades diagnósticas de entendimento para que o ato clínico tenha rápida resolutividade, pois a demanda aumenta e muitas “dores” circulam pelos corredores da UBS, devendo ser atendidas para que o SUS seja o mais universal e eficaz possível.

⁴Sobre o Acolhimento enquanto um conceito construído através da prática, ver o segundo capítulo deste trabalho.

Vemos também que as equipes de saúde apresentam dificuldades para entender que tipo de vínculo o usuário faz com os profissionais que o atendem, pois muitos usuários procuram uma solução nas especialidades médicas, sendo que o maior número possível de procedimentos, de cartelas de medicação e pedidos de exames que o usuário recebe ao final da consulta pode representar para a população a boa qualidade do atendimento prestado.

As queixas em si, produzidas em um processo que é desconhecido pelo próprio usuário tornam o atendimento quase estéril, pois em sua funcionalidade, a medicação não traz consigo a escuta. Fazer com que a escuta aconteça é uma tarefa que necessita de articulação para desvelar as dimensões do sintoma, o processo que o constitui. É colocar em análise as forças que efetuam, no coletivo, o distanciamento entre os sujeitos e a produção do sofrimento, criando espaços para a construção de projetos terapêuticos que ampliem a escuta clínica, entendendo que o “sujeito é também histórico: as demandas mudam no tempo, pois há valores, desejos que são construídos socialmente e criam necessidades novas que aparecem como demandas” (Onocko Campos, 2001:101).

Em uma atenção aos usuários que se pretenda ampliada, o aspecto “integral” do atendimento ao usuário é constantemente evocado e, não sendo adotado nas práticas, faz com que o sofrimento dos trabalhadores da saúde se coloque em evidência frente à dificuldade em lidar com a maioria dos casos, pois os mesmos exigem uma transformação na práxis a partir da constatação de que toda e qualquer tecnologia de trabalho na saúde, não sendo produzida no encontro entre trabalhador e usuário, torna-se insuficiente para a construção de um Projeto Terapêutico Singular⁵. E aqui, singular se refere à possibilidade de construção de crítica sobre o processo de adoecimento e questionamento do mesmo por parte dos usuários e das equipes na atenção básica.

⁵O Projeto Terapêutico Singular (PTS), neste trabalho é pensado segundo a elaboração de Oliveira (2008), sendo aqui brevemente definido como “[...] um movimento de co-produção e de co-gestão do processo terapêutico de indivíduos ou coletivos, em situação de vulnerabilidade” (Oliveira, 2008: 285).

A respeito do papel da atenção básica, Merhy, nos coloca que

(...) a rede básica, diferente do hospital, apresenta a possibilidade de menor aprisionamento de suas práticas a um processo de trabalho médico restrito, ou mesmo circunscrito no tempo e no evento, podendo abrir-se, portanto, às mais distintas alternativas de constituição de novos formatos de produção das ações de saúde. Isto, advertindo-se, porém, que a noção de rede básica não deve se confundir necessariamente com um espaço físico, pois pressupõe, sim, um espaço de trabalho em saúde. (Merhy, 1997: 199)

A incursão - notas sobre o objetivo de um trabalhador em curso

Em uma trajetória de trabalho permeada pelo acima descrito, a experiência como trabalhador do CAPS Novo Tempo, localizado no Distrito de Saúde Sudoeste do município de Campinas, propiciou a mim um plano intenso de interlocução com usuários e equipes de saúde, podendo transitar pelo campo da saúde, isto é, por um campo que também é produtor de subjetividades.

Circulei experimentando várias formas de articulação das redes de atenção ao sofrimento psíquico, dialogando com vários serviços de saúde da própria região e de outros distritos de saúde do município, como Unidades Básicas de Saúde, Pronto Socorro, Centro de Convivência, outros CAPS, Hospitais e etc.

Vivenciei muitas coisas nessa caminhada, em especial como profissional responsável pelo Apoio Matricial no Centro de Saúde (CS) DIC III, trabalho que desenvolvi⁶, pactuando com a equipe a construção de redes de cuidados pautadas nas relações entre os profissionais e entre os profissionais e os usuários, provocando as possibilidades de entrada na unidade para os casos onde a queixa é o sofrimento psíquico, com foco nos atravessamentos desta provocação nas equipes de referência da Unidade.

⁶Formalmente, fiz Apoio Matricial no CS DIC III por dois anos e nove meses. Porém, muito das práticas desenvolvidas neste período já se transformaram em outras ofertas da Unidade aos usuários.

Também participei, junto com os trabalhadores da composição de uma equipe de Saúde Mental no CS, hoje (fevereiro/2009) já melhor estruturada em seu propósito.

Neste encontro com a equipe do CS DIC III, caminhamos para um entendimento mais amplo do que é a integração entre as especialidades e, sendo assim, “rascunhar” a Saúde Mental em uma unidade que atende a uma população aproximadamente 90% dependente do SUS, me fez entender que os caminhos para a construção de redes de atenção à população se dão através de como as costuras entre as demandas de profissionais e usuários possibilitam que as vozes destes atores evidenciem os enunciados que vigoram e singularizam a Unidade de Saúde (CS).

Os Projetos Terapêuticos em Equipes de Referência, assim como as discussões no fórum de Saúde Mental interno da Unidade foram os lugares mais concretos por onde o Apoio Matricial se fez presente. Isso não quer dizer que em outras ofertas terapêuticas o Apoio Matricial não tenha se feito presente.

Nas construções dos PTS’s em reuniões do fórum de Saúde Mental⁷, pudemos destacar as entradas para os casos no CS, a partir das várias especialidades, fazendo com que a Saúde Mental se espalhasse e ocupasse o seu lugar nas entrelinhas dos projetos terapêuticos e também da Unidade de Saúde, sem bater o martelo ou carregar toda a “verdade subjetiva” sobre os casos. Junto à equipe, procurei um distanciamento da especialização da Psicologia, da Terapia Ocupacional e da Psiquiatria, não fazendo com que a área “Psi” desse a palavra final sobre os casos que envolviam a Saúde Mental, o que poderia encerrar outras possíveis discussões acerca dos mesmos.

O Apoio Matricial foi então o dispositivo, a estratégia utilizada para que o trabalho acontecesse. Marcadas pelo desejo de construção de uma clínica que evidencia a singularidade, uma clínica que se construía a partir do “entre atores”, as redes de cuidado foram se tecendo.

⁷Um maior detalhamento sobre a criação deste fórum encontra-se no segundo capítulo deste trabalho.

Segundo Campos (2003), o Apoio Especializado Matricial se constitui em uma

(...) organização horizontal do processo de trabalho, em que se tenta combinar especialização com interdisciplinaridade, especialistas apoiando o trabalho do Clínico de Referência conforme Projeto Terapêutico coordenado pelo próprio Referência, mas elaborado em permanente negociação com a Equipe envolvida na atenção matricial. Além disso, superar a alienação, a fragmentação e o tecnicismo biologicista, centrando-se no eixo da reconstituição de Vínculos entre Clínico de Referência e sua clientela (Campos, 2003: 63).

De acordo com Oliveira (2008), a

(...) operacionalização do Apoio Matricial depende de um conjunto de condições: número e qualificação dos profissionais disponíveis; necessidade de qualificação dos profissionais envolvidos; cultura organizacional dos gestores e dos trabalhadores envolvidos; rede de serviços disponível; organização do processo de trabalho nos serviços (Oliveira, 2008:276).

Em relação também ao Apoio Matricial, Onocko Campos (2003), coloca que é necessário que se faça uma separação entre a gestão do cuidado e o lugar gerencial, para que assim o poder que circula através das práticas clínicas seja desvelado e a perspectiva de um trabalho horizontal se efetue.

A condição essencial para o envolvimento com este tema e para operar na lógica do matriciamento é a militância.

Como já incitado por Merhy (2004), a militância na saúde age na reconstrução dos fazeres, na re-montagem das práticas, sempre baseadas na composição dos saberes com os corpos, composição esta que se cria na imanência da vida.

Habitar os espaços da saúde, enquanto profissional é trabalhar diretamente com a produção de subjetividades. E este campo é complexo porque desmancha territórios de produção de certezas prescritivas, quando a singularidade do sujeito é o elemento que mais encarna a produção de tecnologias neste campo.

A Saúde Coletiva busca também a preocupação com o que acontece quando os profissionais se encontram com sujeitos aos quais prestam cuidados, problematizando os modos de ser e estar de ambos os atores nestes encontros.

Nesta vertente, o trabalho em saúde torna-se uma construção coletiva ao passo em que os elementos da vida entram em ação para compor com outra atmosfera na ordenação das linhas de cuidado.

Mas o que impulsiona o movimento criador de novas tecnologias para o cuidado?

Seria a necessidade de acolhimento sentida pelos trabalhadores? Em que plano a ampliação dos meios de intervenção em saúde atua? Baseando-nos em Campos (2006), podemos pensar que a combinação entre uma metodologia prescritiva e outra, que aborde mais os aspectos da construção histórica dos entendimentos do que é saúde, da construção de práticas nessa área, e que busca a singularidade na composição da intervenção seja um bom caminho para uma clínica que se pretende mais exploratória, mais investigativa.

Porém, essa combinação surge para dar conta de aspectos não explicáveis no momento em que o entendimento sobre a queixa que o usuário nos traz está em jogo.

Retomando Campos, o autor nos coloca que

O “apoio matricial” em saúde objetiva assegurar, de modo dinâmico e interativo, retaguarda especializada a equipes e profissionais de referência. O apoio tem duas dimensões: suporte assistencial e técnico-pedagógico. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias e de critérios para acionar apoio entre as diferentes equipes e níveis de atenção do sistema. A metodologia de gestão da atenção denominada “apoio matricial” é complementar e, ao mesmo tempo, modifica a tradição dos sistemas hierarquizados. Personaliza a referência e contra-referência, ao estimular contato direto entre referência e apoio; entre generalista e especialista (Campos, 2006:89).

A retaguarda especializada a equipes e profissionais de referência é algo que se traduz enquanto uma função do Apoio Matricial. Mas, no que dizem respeito a essa retaguarda, os produtos advindos da mesma nos fogem completamente ao nosso controle, pois o que é vivido no encontro entre trabalhadores e usuários não é quantificável, não é passível de concretização.

As dimensões de suporte assistencial e técnico-pedagógico do Apoio Matricial (Campos, 2006) devem operar como instrumentos que coloquem em análise as forças que constroem as tecnologias de trabalho em saúde, não oferecendo respostas prontas para os problemas encontrados. Trata-se aqui da construção de problemas, do plano de inquietações e indagações sobre o que devém do encontro entre profissionais e usuários.

E tal plano deve ser muito bem mediado por todos os níveis da gestão, pois a criação e a efetivação de uma tecnologia como o Apoio Matricial transforma a organização do processo de trabalho.

O CS DIC III, antes mesmo do momento em que a intervenção via matriciamento ocorresse, já sofria uma grande transformação de seus profissionais porque a necessidade da estruturação de um atendimento à demanda da Saúde Mental envolveu a maioria da equipe neste esforço.

A presença de um agente “formalmente” externo a equipe (matriciador) mexe com a estrutura de um serviço de saúde. Faz com que alguns movimentos possam ser explorados e o matriciador pode assumir, de certo modo, o lugar de depositário das dificuldades da equipe. Tais dificuldades devem ser pautadas nas Equipes de Referência, com os profissionais de referência, sempre buscando explorar qual o movimento dos trabalhadores para a problematização ou exclusão de conflitos que possivelmente possam surgir da dificuldade cotidiana com o trabalho.

Segundo Campos e Domitti (2007), o “apoio matricial procura construir e ativar espaço para comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores” (Campos e Domitti, 2007:401). Porém, devemos nos atentar que, para além da construção do conhecimento, o Apoio Matricial também lida com a produção do trabalhador, isto é, com a invenção do lugar do trabalhador na equipe de saúde, com a fronteira entre o que se é (instituído) e o que se pode vir a ser (o instituinte, o que devém).

Mas o lugar de “depositário”, daquele que recebe a encomenda para a intervenção e é visto como quem solucionará os problemas levantados pela equipe deve se tornar esvaziado pelo apoiador matricial. Afinal de contas, a responsável pelo desenvolvimento e continuidade do PTS é a Equipe de Referência e as angústias que a construção do PTS gera na equipe podem ser problematizadas e acolhidas pelo apoiador matricial. Mas os obstáculos concretos, relativos à estrutura de funcionamento dos serviços devem ter amparo e solução através da gestão da Unidade ou pelo Apoiador Institucional (no modelo Paidéia, como detalhado por Campos, 2003), o qual tem um papel diferente do Apoiador Matricial, pois está diretamente ligado à gestão, apoiando o processo de criação,

execução e suporte das políticas de trabalho em saúde, inclusive, viabilizando o trabalho do apoiador matricial.

Desenvolvendo melhor esta idéia para não cairmos em redundância, quando o Apoio Matricial se instala em uma equipe de saúde, principalmente no caso da Saúde Mental, e já dito que esse processo modifica o olhar das equipes para os casos que apresentam tal demanda, o Apoiador Institucional continua a sua atuação na co-gestão dos espaços coletivos dentro e fora da Unidade de Saúde. Este opera com um conhecimento que, através de seu arcabouço, oferece às equipes um suporte especializado, que viabiliza o processo de trabalho, mas dá um apoio mais direto à gestão do modo como as Unidades de Saúde interagem com a rede de serviços.

Já o Apoiador Matricial atua também no modo como as equipes interagem com a rede, porém trabalha mais diretamente com o processo de singularização do trabalhador, junto deste para a construção de ofertas para os usuários. Atua no que acontece entre trabalhador e usuário, apostando que é nessa relação que as ofertas técnicas se constroem. E as ofertas para o campo da Saúde Mental são múltiplas e muito difíceis de serem criadas devido à dificuldade de entendimento sobre queixa e dos movimentos invisíveis que a compõe.

Assim sendo, foi através da posição de matriciador e carregando comigo todas as implicações que este trabalho traz, é que construí o interesse em estudar os modos de cuidar aliados à clínica. Trata-se de produzir com este trabalho uma possível transformação de saberes em um campo micro, pondo em suspenso o pensamento acerca das intervenções feitas pela equipe do CS para que tal transformação possa ser analisada.

A estruturação de um atendimento ao "subjetivo" que fuja das estruturas rígidas e montadas em uma perspectiva organicista, hierárquica, corporativa e que demandou transformação imediata é um efeito do encontro que o matriciamento tem com a equipe.

O norte para este trabalho passa pelo entendimento de que

(...) as pessoas não se limitam às expressões das doenças de que são portadoras. Alguns problemas como a baixa adesão a tratamentos, a existência de pacientes refratários (ou “poliqueixosos”) e a dependência dos usuários em relação aos serviços evidenciam os limites da prática clínica centrada na doença (Carvalho e Cunha, 2006:22).

Assim, temos então uma proximidade com o que objetiva a transformação da clínica, buscando recolocar as práticas sanitárias no social, produzindo outra ordenação no cuidado com os usuários, causando fissuras, quebrando hegemonias e acionando os trabalhadores de saúde como atores sociais para viabilizar o aparecimento da complexidade dos processos de subjetivação, alcançando aqui outros níveis de cultura e ação no campo da saúde.

(...) Isso significa dizer que uma Clínica individual ou coletiva ampliada necessita que se reconheça, além do que o sujeito apresenta de igual (o diagnóstico), o que ele apresenta de diferente, de singular, isto é, um conjunto de sinais e sintomas que somente nele se expressam de determinado modo. Com isso imagina-se uma Clínica (individual e coletiva) muito mais pactuada, muito mais capaz de evitar a mitificação de suas propostas de intervenção, abrindo-se a inúmeras possibilidades de ação e participação dos usuários (Carvalho e Cunha, 2006:22 e 23).

O conceito de dispositivo - rascunhos do dizível e do visível

Trabalhar com estratégias de produção de saúde é um desafio, principalmente em relação à criação de espaços de interlocução entre os profissionais, onde vários elementos devem entrar em ação para que as equipes construam projetos terapêuticos atravessados por conceitos que abram caminhos para a discussão sobre a subjetividade, sobre os campos onde a mesma se produz e sobre qual a interface entre subjetividade e produção dos sintomas descritivos, mensuráveis. É importante ressaltar que identificar fronteiras entre as especialidades, em qualquer âmbito da saúde, é localizar em que lugares e de que modo a ruptura com modelos prescritivos emerge.

Sendo assim, para a análise da produção de práticas cuidadoras no CS DIC III, é necessário apontar, segundo o que descreve Foucault, o que está sendo colocado aqui como dispositivo para a construção de um método investigativo e que promova outro campo relacional entre os profissionais da saúde, assim como destes com os usuários, como já dito anteriormente.

Foucault nos aponta que o dispositivo vem para

(...) demarcar, em primeiro lugar, um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos (Foucault, 1999:244).

Partindo deste pensamento, entendendo a produção de saúde como um movimento carregado de história, situada em sua temporalidade e tendo também como função a produção de subjetividades que componham com o

coletivo para a produção de vida, o Apoio Matricial tem como finalidade construir com as equipes de saúde a rede de cuidados ao usuário, enfocando a integralidade.

Sobre a Integralidade nas ações em saúde é possível entendê-la enquanto o principal conceito do campo da Saúde Coletiva que é trabalhado no Apoio Matricial.

Os apontamentos feitos por Merhy (2005) sobre este tema nos dão uma visão ampliada em relação ao que é entendido aqui enquanto Integralidade.

Quando este autor enfoca a porosidade existente na relação entre os vários núcleos profissionais, é possível entender que é sempre no campo das relações entre trabalhadores e usuários que se constitui o campo onde a prática acontece. A soma entre as várias especialidades contidas em uma Unidade de Saúde não garante o caráter integral ao atendimento, mas sim o que faz o trabalho acontecer é a desterritorialização que se estabelece quando se cruzam os vários saberes na composição das intervenções.

A valise das relações⁸ é a que comporta a produção do saber nas práticas em saúde, pois é nela que se situa a dimensão cuidadora na relação entre trabalhadores e usuários. A Integralidade aqui se faz quebrando paradigmas hegemônicos arraigados no ato de cuidar, dando visibilidade às capturas vigentes no olhar que os trabalhadores têm para o usuário e para as suas práticas, provocando nos profissionais a inquietação sobre se estes seriam “pacientes” de si próprios.

Mas para isso, é necessário que haja uma série de conversas entre os trabalhadores para que os núcleos profissionais se diluam na prática, não perdendo as dimensões técnicas concernentes a cada um, mas buscando os múltiplos sentidos de integralidade que os atravessam enquanto componentes de um processo de desterritorialização de práticas no campo da saúde.

⁸Sobre o emprego deste termo na discussão que o autor faz sobre o tema da Integralidade, ver Merhy, 2005.

Neste sentido, os saberes se dissolvem e compõem entre si através dos modos de comunicação criados entre os trabalhadores e entre estes mesmos e os usuários.

Deste modo, através de reuniões periódicas para discussão de casos e construção de fluxos de atendimento no CS DIC III, a Saúde Mental, neste período, foi trabalhada enquanto um viés integrador de práticas, onde, através da observação da circulação dos usuários pelas unidades de saúde e de como se estruturaram para terem suas necessidades atendidas, pude junto da equipe do CS observar que a demanda para o atendimento da queixa subjetiva carrega em si uma dificuldade de entendimento, pois os discursos que atuam na perspectiva da cura são insuficientes para especificarem até mesmo qual o tipo de dor que o usuário refere.

Muitos casos que chegaram para as reuniões de matriciamento vinham completamente destituídos de significação subjetiva, quando relatados por determinados grupos profissionais, o que evidenciava o efeito do sintoma e direcionava o tratamento para medidas prescritivas, que também carregam em si a sua importância. Mas, os PTS's, no modo como o Apoio Matricial se deu nessa realidade local, se constituíram a partir da rede de cuidados, pensando a integralidade na assistência.

As discussões no matriciamento buscaram romper com as práticas sanitárias de tecnologia imutável, sendo atravessadas por múltiplos vetores que efetuem a produção de intervenções mais completas em seus objetivos, inventando linhas de fuga para o sofrimento de sujeitos que dialogavam mais com a medicação e menos com o processo gerador de seus sintomas.

CAPÍTULO 2

O campo e alguns desdobramentos

A minha entrada no Centro de Saúde DIC III se deu através de uma proposta feita pelo Apoio de Saúde Mental do Distrito Sudoeste e aconteceu em outubro de 2005. O pedido era de ajuda para a equipe do CS, a qual apresentava uma enorme dificuldade para estruturar o atendimento à “demanda de Saúde Mental” que a região apresentava na época. Nesse contrato, eu entraria para fazer o Apoio Matricial e também para atender alguns usuários, tanto em grupo como individualmente. Para isso, eu dispunha de um total de 3 horas semanais, sendo que o pactuado com o distrito e com a coordenação do CAPS Novo Tempo na época (outubro de 2005) era o aumento de 6 horas no total da carga horária que eu cumpria durante a semana. As outras 3 horas que se acumulavam a toda semana, se transformavam em plantões durante os finais de semana.

Fui muito bem recebido pela equipe e logo me enturmei com todos. O clima era favorável para um trabalho que fluísse de acordo com o que conseguíssemos construir juntos e o desejo para um bom trabalho foi se produzindo aos poucos, junto com os trabalhadores. A gestão da unidade me apoiou em tudo o que foi necessário, estando presente de maneira singular, assim como os apoiadores institucionais de Saúde Mental.

A principal característica da equipe era a disponibilidade para o enfrentamento desta questão, mesmo que com um grande desconhecimento acerca da abordagem aos “casos da Saúde Mental”. Encontrei uma equipe aparentemente esfacelada, ainda em adaptação à nova gestão da Unidade, porém as idéias de um trabalho territorializado já fermentavam um campo onde acontecimentos interessantes pudessem surgir. Havia, por parte dos trabalhadores, um lastro de vivência criado no contato dos mesmos com a população, através da exploração física do território. Muitas visitas domiciliares já haviam acontecido, assim como a intimidade da equipe com outros equipamentos sociais já se evidenciava através de outras campanhas já realizadas pelo CS em escolas, associações de bairro, entre outros. Para sistematizar o encontro entre as intensidades que já atravessavam o cotidiano dos trabalhadores da Unidade,

pactuamos então reuniões com as Equipes de Referência⁹ para que, inicialmente, alguns casos pudessem ser discutidos e absorvidos por mim para atendimento. O funcionamento dessas reuniões, neste momento inicial, procurava dar um contorno ao modo como operariamos o diálogo entre trabalhadores e matriciador. Sempre encontramos dificuldades na exposição dos obstáculos a serem trabalhados, pois na hora em que as questões sobre o caso e sobre o território apareciam para a discussão, não funcionávamos como um coletivo organizado para que uma conversa acontecesse. Havia muitas interrupções durante as discussões, com entradas e saídas de pessoas, telefonemas inesperados, informações que não se transmitiam, mas eram simplesmente passadas e ficava fácil perceber que esse modo de conversa desorganizado refletia um desconforto da equipe para lidar com situações onde na maioria das vezes, não existiam intervenções concretas e procedimentos que fossem suficientemente adequados para resolver os problemas trazidos pela população.

Apesar da disponibilidade dos trabalhadores, muitas falas como “não sei o que fazer com fulano”, “não me sinto preparado para atender tal caso”, “não conseguimos fazer a visita porque a família não estava em casa ou não abriram a porta” e “tem muita coisa pra gente fazer no CS” eram freqüentes. Mas o que faríamos para criar um espaço verdadeiramente coletivo para dar continuidade, ou até mesmo início às nossas conversas?

Olhando para tudo aquilo e me atravessando pelo incômodo que a situação gerava, pactuei com a equipe que, inicialmente, falaríamos sobre as principais dificuldades apresentadas pelos trabalhadores para entrar em contato com a demanda de saúde mental do serviço.

⁹Tais reuniões deveriam acontecer semanalmente, mas no início isso foi muito difícil. Devido à ausência de profissionais na equipe e à grande demanda em torno da UBS, as reuniões aconteciam conforme os arranjos de horários entre os trabalhadores, para que o espaço de discussões de casos pudesse ser minimamente priorizado.

E, nesse início de percurso, muitas coisas foram aparecendo. A proximidade da equipe com a população evidenciava que os encontros entre trabalhadores e usuários exigiam que uma outra dimensão se produzisse para que a integralidade na atenção se fizesse presente, ou seja, os elementos vivenciados nessas relações eram percebidos para além dos sintomas descritíveis e das possibilidades de intervenção já existentes, como as várias formas de atendimento já concebidas pela equipe. Havia afetação dos trabalhadores por parte da população, pois, seguindo a idéia de Espinoza, havia a passagem de uma realidade à outra, ou seja, os trabalhadores se atravessavam pela realidade da população desconstruindo as representações que tinham sobre a mesma. Histórias de vida apareciam por trás de informações que aparentemente serviriam para guiar novas intervenções. As intensidades precisavam apenas de um suporte, de uma via de escoamento para que pudessem ser vividas sem o medo de que algo necessariamente prescritivo e resolutivo precisasse ser acionado. A questão com o trabalho da equipe era da ordem da invenção. E aqui, o que precisava ser inventado era a integralidade. A nossa tarefa com a demanda de saúde mental da Unidade se tornava complexa, pois trabalhar com a invenção/integralidade significava mergulhar na desterritorialização do próprio corpo do trabalhador.

A partir da Integralidade enquanto invenção é que foi possível começar a trabalhar com a demanda “parada” do CS.

Assim, partindo de um total de 36 encaminhamentos, todos os casos desses usuários foram discutidos, atendidos em suas mais variadas demandas e necessidades, sendo que este número foi aumentando e, a partir daí, clareava-se mais ainda a necessidade de criar junto à equipe do CS algumas estratégias para que, possivelmente, não transformássemos tudo o que nos aparecia em emergências psiquiátricas que exigiam resoluções imediatas.

A ausência de alguns profissionais nas equipes de referência também era um dificultador quando o que era discutido dizia respeito a todos. O grande número de profissionais que estavam de licença para tratamento de saúde

desfalcava a equipe não só em quantidade, mas também em possibilidades. Isso diz respeito ao fato de que os profissionais assíduos sentiam-se desrespeitados, pois tinham, sem escolha, que absorver a demanda que seria destinada aos faltantes. E isso sempre fez parte da cultura organizacional do CS. Atestados de saúde prolongados eram freqüentes. Se o profissional ausente fosse um médico, a situação se complicava mais ainda, pois a equipe já estava habituada ao entendimento de que a vida também se “resolvia”, colocando o profissional médico como aquele que solucionaria o problema do sofrimento do usuário, trazendo um alívio para a equipe após o atendimento breve de uma crise, p.ex.

A região onde se encontra o CS DIC III é bastante diversa. Os modos como a população se relaciona são de difícil entendimento e muita afetação por parte da equipe. Não podemos dizer que tais modos são exclusivamente inerentes à pobreza, mas advindos de uma cultura local, de uma conformação de forças que provocam, e aqui utilizo o termo provocam mesmo, a emergência de modos de subjetivação que no mínimo questionam os parâmetros morais de entendimento do que é vida.

Em um território onde se concentram grandes indústrias e, potencialmente poderíamos ter um bom investimento local por parte das mesmas, encontramos situações de extrema miséria, de violência, onde o tráfico de drogas faz parte do cotidiano das pessoas, invadindo casas, constituindo famílias e abrindo espaço para que leis muito particulares ditem as regras de convívio. Sempre foi comum ouvir os relatos de casos onde aspectos como o alcoolismo, o uso de outras drogas, o desemprego, a violência doméstica, o analfabetismo entre outros aspectos compunham o cenário do nascimento de novas crianças, dos casamentos, das formas não habituais de emprego e sustento das famílias. Não é correto aqui dizer que apenas esse tipo de conformação da vida acontece nessa região. Há muita gente, e gente é a palavra no sentido mais humano do termo, que batalha a própria vida tentando uma espécie de crescimento, sendo feliz, convivendo, iniciando e fechando ciclos de vida baseados também em outras lógicas de posicionamento perante a própria ocupação no mundo.

Isso aparece como um paradoxo com o qual a equipe tinha que lidar o tempo todo. O Apoio Matricial se deparava com uma de suas missões: tentar revelar na equipe as diversas maneiras de compreensão do que é a vida em suas diversas conformações, buscando construir com as Equipes de Referência (ER) um olhar para o que é possível em termos de existência para as pessoas que moram nessa região.

Durante as reuniões com as ER's, e o Apoio Matricial no início se deu nas cinco equipes de saúde que compunham o CS, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), necessariamente moradores da região, traziam uma enorme lição quando relatavam afetivamente as maneiras como lidavam com os problemas que enfrentavam. Os mesmos conheciam a fundo o local que habitavam, cada rua, cada esquina onde uma história pudesse ser contada. Tratavam as pessoas pelos nomes, tinham uma relação de vizinhança, de proximidade não só geográfica com a população, mas também afiliada, de parceria na construção da vida. As vidas das quais cuidavam ou a população pela qual eram diretamente responsáveis pela adscrição, era vista de maneira nada distante por parte destes profissionais, especificamente. Essa proximidade afetiva da qual falo nos dá a idéia de que a violência com a qual os ACS's se envolvem têm às vezes têm o mesmo endereço da casa onde moram; a loucura que procuram decifrar está em processo nas mesmas praças por onde circulam; a miséria que provoca a fome dos recém nascidos visitados por eles muitas vezes é minimizada pela solidariedade destes personagens para com os seus vizinhos.

Os técnicos (médicos, enfermeiros, dentistas) e profissionais de nível médio (auxiliares de enfermagem e auxiliares de consultório dentário) também não se eximiam da responsabilidade sanitária que seus empregos lhe impunham. Mas esta imposição deve ser aqui traduzida como implicação, tal como a dos ACS's, pois a complexidade de relações existentes entre tudo o que atravessava o território onde se encontra o CS e o modo de funcionamento da Unidade de Saúde exigia que outra dimensão se instituísse nas ações de saúde, isto é, fosse criada a partir da sensibilização dos trabalhadores para o trabalho com a

Saúde Mental, o que necessariamente gera novas formas de subjetivação e outros planos de entendimento da realidade concernente ao próprio trabalho.

A composição das Equipes de Referência¹⁰ geralmente era a mesma, mas com algumas ausências, como já dito anteriormente. Faziam parte de cada equipe o(a) médico(a) generalista, a enfermeira, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Dentistas, auxiliares de consultório dentário, pediatras e ginecologistas compunham uma equipe de apoio, diluindo seu trabalho por todas as Equipes de Referência. A recepção aos usuários na Unidade, nesse momento inicial era feita pelos profissionais da enfermagem e o agendamento de consultas era muito difícil, pois a demanda era alta e os profissionais faltantes, em sua maioria médicos, oneravam o serviço. A UBS contava também com auxiliares administrativos que cuidavam de questões relativas aos recursos humanos, assim como o agendamento de exames e consultas em centros de especialidades. Um zelador e guardas de uma empresa terceirizada também compunham a equipe.

Circular por esse cenário de produção de saúde sempre foi uma tarefa muito difícil. Conseguir ser aceito não foi a tarefa mais complicada, pois logo comecei a me relacionar muito bem com os trabalhadores. Porém, fazer com que a equipe entendesse a minha função na Unidade me fez ficar preso, por um bom tempo, nos corredores do serviço. Por ter uma dupla encomenda, como psicólogo que atenderia os casos e faria também o Apoio Matricial, fez com que eu literalmente fosse caçado quando eu aparecia no CS. Quando eu mal chegava para trabalhar, vários profissionais, como médicos, enfermeiras e auxiliares de enfermagem vinham em minha direção já com os encaminhamentos prontos, feito em guias de Referência e Contra-Referência¹¹, como se não fosse necessária uma discussão qualificada sobre os casos, mas apenas um simples direcionamento dos mesmos para a especialidade, feito da maneira extremamente rápida e não compartilhada.

¹⁰Para um esclarecimento maior sobre este arranjo do Programa de Saúde da Família, ver Campos e Carvalho, 2000.

¹¹Impresso utilizado para formalizar os encaminhamentos de casos de uma Unidade para a outra.

Tais guias estavam sendo utilizadas da maneira mais errônea possível, pois na priorização aos cuidados com os usuários, a guia de referência e contra-referência deve ser usada com o objetivo de encaminhar os casos atendidos para Centros de Especialidades, Hospitais ou outras Unidades Básicas de Saúde com uma breve descrição dos atendimentos que o usuário recebeu na Unidade que origina o encaminhamento, sugerindo uma conduta a ser tomada pela equipe que receberá este usuário em seu novo destino. A Contra-Referência sugere que a Unidade que recebeu o usuário informe à Unidade que originou o encaminhamento sobre quais ações de saúde estão sendo ou podem ser desenvolvidas junto ao usuário, criando assim uma co-responsabilização pela continuidade dos atendimentos, segundo uma linha de cuidado pactuada em parceria entre esses serviços.

Considere os “encaminhamentos” em guias de Referência e Contra-Referência, dentro da própria Unidade como inviáveis. Não seria possível que pudéssemos nos reunir para discutir esses casos? Para isso, sempre reforcei o fato de que as reuniões de Equipe de Referência deveriam funcionar com maior frequência. E, sendo assim, levei o problema para a gestão da Unidade e para o Apoio de Saúde Mental do Distrito.

Fizemos várias conversas sobre esta questão. Como estava difícil para eu participar de todas as reuniões, pois com a minha frequência semanal na Unidade a demanda que crescia para mim era a de atendimentos dos casos, conseguimos assim pactuar que um fórum para as discussões dos casos que envolviam a saúde mental fosse criado, reunindo assim o maior número de profissionais nesta tarefa.

Este fórum reunia trabalhadores de quase todas as categorias profissionais existentes no CS, mesmo sendo todos os trabalhadores convidados a participar do mesmo. Tinha a idéia de funcionar como um espaço verdadeiramente co-produzido, criado junto dos trabalhadores, onde buscamos articular as discussões a partir dos casos elencados, mas levando em consideração todos os temas que surgissem a partir do mesmo.

Mas para que as reuniões tivessem quorum, um trabalho de muita explicação sobre a importância desse espaço teve que acontecer. De grão em grão, ou seja, com cada trabalhador fui, junto da gestora da Unidade, fazendo conversas para deixar cada vez mais claro como estávamos funcionando e quais as preocupações que poderiam ser levadas neste fórum.

E o espaço foi se fortalecendo. A frequência dos trabalhadores foi se intensificando, mas merece um destaque aqui a participação das pediatras, das ginecologistas e de um dentista, os quais se envolveram muito com a criação de uma nova possibilidade de escuta para os casos que atendiam. A gestora da Unidade acompanhou as primeiras reuniões como uma forma de dar motivação aos trabalhadores, mas também fazer a gestão do espaço, junto ao matriciador. Mas o tempo todo estive a vontade para conduzir as discussões, procurando fazer a palavra circular por todos os presentes.

E muitas preocupações apareceram nestes encontros. O desenho de uma nova conversa com os trabalhadores começava a se rascunhar. A palavra circulava os afetos ali tinham trânsito. Não demoramos muito a nos configurar enquanto um grupo. Um grupo que analisava as suas práticas e dava passagem à construção de conceitos, à invenção do possível dentro dos limites e enquadres que a Unidade nos colocava, pois inúmeras outras tarefas deveriam ser realizadas pelos trabalhadores. Um contorno se estabelecia e a dor que a D. Nair¹² apresentava, quando tinha o seu problema discutido entre todos, já deixava de ter única e exclusivamente a cara de um sintoma, aparecendo também como um significado. Sintoma X significado: uma relação entre o descritivo, fotografável e o produzido pela afetação que o trabalho provoca. O sintoma aqui aparece como aquilo que é possível enxergar, catalogar, classificar e, possivelmente, remediar. Já o significado é o que move o trabalhador para a ação, é o entendimento da situação, no caso o sofrimento do outro, acontecendo na relação com esse outro. Produz-se na vivência, na co-produção do tratamento e na problematização dos

¹²Nome fictício usado no contexto da escrita apenas para tentar exemplificar a intensidade dos encontros no fórum.

modos que os usuários encontram para se aliviarem da dor, assim como dos modos utilizados pelos trabalhadores para darem repostas ao sofrimento do outro, o que cria campo para a construção de ofertas na atenção e se encadeia com o processo de trabalho, dando a este último uma maior visibilidade.

O processo de trabalho encontrava-se entre a fragmentação e o início de esclarecimento.

O esclarecimento de que falo vai de encontro à idéia de invenção, já mencionada anteriormente em relação à integralidade na atenção. Um grupo, como no caso do fórum, que operou construindo os seus conceitos, não agiria diferente na invenção de seu processo de trabalho.

Com o passar do tempo e um trabalho se consolidando, muito da dinâmica do Centro de Saúde foi se desvelando. Os casos que discutíamos levantavam pontos importantes como o funcionamento da equipe, o entendimento sobre a queixa que os usuários traziam, as dificuldades com os casos mais complexos, os modos de gestão do serviço e as relações de poder consolidadas na equipe.

Mas um íterim foi trabalhado mais intensamente: o fluxo de atendimento na Unidade. Foi através deste ponto, onde era possível abordar o percurso que os usuários faziam pelo CS para serem atendidos que, junto da equipe, foi possível fazer um mapeamento do modo como os casos, ao chegarem ao CS, eram recebidos e qual o encaminhamento era dado aos mesmos. Era muito perceptível o enfrentamento que a equipe fazia na presença do desconhecido, traduzido aqui como o usuário e sua queixa expressada de várias formas.

A demanda da Saúde Mental era algo inexplicável, não quantitativo, aparentemente imaterial e causava estranhamento quando aparecia no acolhimento. Muitos foram os pedidos de ajuda para que eu fizesse o acolhimento aos usuários junto com os profissionais, além do pedido de um protocolo que

estabelecesse uma forma clara e precisa de abordagem destes casos. Medos como o que uma crise pode causar, qual o limite deste atendimento, a preocupação com a possível agressividade, como lidar com o choro, com os usuários de álcool e outras drogas, com as mulheres e crianças violentadas entre outras “dores” ganhavam visibilidade e compunham um campo de intervenção que questionava se havia necessidade ou não de um acolhimento específico para os “problemas” da Saúde Mental ou se tal acolhimento se espalharia pela Unidade, como os que são feitos para quaisquer outras demandas. A sugestão da equipe, a qual apareceu no fórum semanal de Saúde Mental, era de que os trabalhadores que tivessem mais habilidades para lidar com essa problemática deveriam fazer o acolhimento destes casos. Isso é um efeito da visibilidade que o processo de trabalho foi adquirindo através do desmembramento do fluxo de atendimento na Unidade.

Problematizamos isso, mas não no sentido de que obrigatoriamente todos deveriam acolher tais usuários, mas encontrava-se aqui a chance de, uma certa maneira, apresentar para a equipe a possibilidade de a Equipe de Referência funcionar como um dispositivo para a construção de Projetos Terapêuticos Singulares também para os casos da “mental”. O acolhimento não deveria ser um dificultador. A discussão desses casos nas Equipes de Referência poderia diluir uma preocupação mais específica, que era a do “não saber” sobre essa demanda. No caso, as reuniões do fórum de saúde mental agora tinham mais um objetivo, mais uma missão: pactuar um fluxo de atendimento para que os casos fossem direcionados para as discussões também nas Equipes de Referência.

Apenas como nota, conforme o processo se dava, paralelamente, muitas discussões sobre a minha inserção no CS aconteceram no CAPS. Não posso deixar de pontuar que meus companheiros de trabalho foram fundamentais para que a minha vivência no CS DIC III fosse intensa, pois um plano de conversas sobre o matriciamento se instituiu no CAPS e cada dificuldade encontrada foi muito bem refletida e minimizada dentro do possível.

A notícia

Uma boa notícia, já anunciada anteriormente, neste momento de fortalecimento do fórum de saúde mental e da reorganização das reuniões em equipes de referência parecia ser mais concreta. A contratação de um psicólogo e de uma terapeuta ocupacional para o CS DIC III aconteceria em breve.

Acreditei por um minuto que isso não aconteceria por conta de uma demora nas contratações, mas o psicólogo chegou com muita rapidez, mais especificamente em dezembro de 2005. Assim, outra tarefa se instaurava: participar da composição de uma equipe de Saúde Mental no CS.

Agora, com a presença de um psicólogo permanente na Unidade, alguém para que, em tese, a demanda de Saúde Mental pudesse ser direcionada, trazia um alívio para a equipe. Os casos que eram atendidos por mim tiveram um planejamento mais adequado de continuidade a partir da entrada deste profissional. Fiz a “passagem” dos mesmos de maneira lenta para que os usuários não fossem prejudicados e assim, pude dar continuidade ao processo de construção do fluxo, já iniciado nas reuniões de saúde Mental. Continuei atendendo alguns usuários que se encontravam, junto a mim, em um processo terapêutico que não poderia ser interrompido naquele momento, por conta da demanda dos mesmos e de como tais relações eram trabalhadas em psicoterapia.

Através da parceria com este novo profissional, algumas questões puderam ter mais visibilidade e, além disso, algumas propostas terapêuticas foram construídas como oferta da Unidade à população.

Nesta parceria, vivenciamos a destituição do lugar do psicólogo na clínica tradicional. Aprendemos um outro sentido para o que é generalizar, que diferente de colocar tudo no mesmo lugar, para nós significou des-especializar. Generalizar vem de generalista, ou seja, o termo designa, na saúde, o profissional que, em teoria, trabalha com vários saberes na construção clínica. O saber que não tínhamos naquele momento teria de ser

inventado. E então a Psicologia sai do gabinete e vai a serviço dos fluxos que a atravessa.

O atendimento às crianças, por exemplo, era algo que nos preocupava muito, pois tínhamos pouquíssima experiência nessa prática. Tivemos que entrar em contato com as mesmas para que formulássemos em nós um entendimento e uma proposta para lidarmos com esse campo desconhecido.

Demos certa ênfase ao acolhimento das crianças e, a partir da forma como nos relacionávamos com elas, acionamos seus pais buscando, da forma mais empírica possível, construir parâmetros para o esclarecimento de algumas questões. Inauguramos o Grupo de Apoio aos Pais e nele, vivenciamos uma produção teórica a partir da prática. Assim, as crianças que atendíamos no CS não se apresentavam mais como tão desconhecidas por nós, pois pensávamos que a construção do entendimento em relação à demanda infantil se daria pela via da invenção, ou seja, era junto dos pais que criaríamos a oferta para tanto. Tal prática nos auxiliou na montagem de oficinas com uma proposta lúdica¹³, pois foram muitos os casos encaminhados pelas escolas e pelo Conselho Tutelar.

Também os projetos intersetoriais ainda mereciam atenção especial. Neste momento ainda dávamos início a algumas parcerias com as escolas e discutíamos a proximidade com o Centro de Convivência da região.

Em junho de 2006, mais uma boa notícia. A Terapeuta Ocupacional já selecionada para trabalhar no CS há meses, finalmente foi contratada.

Para a sua entrada, pactuamos junto ao Apoio de Saúde Mental e à gestão da Unidade o fortalecimento das discussões sobre as parcerias intersetoriais, assim como a estruturação das novas ofertas que já vínhamos pensando.

¹³Trabalhamos o atendimento infantil baseados no lúdico enquanto o lugar que proporciona a invenção da linguagem a ser utilizada como via de expressão das questões trazidas pelas crianças. Não contávamos com nenhum tipo de material específico para técnicas como a Hora de Jogo Diagnóstica, ou para Testes Psicométricos ou Projetivos. Devo esclarecer que isso não foi um problema, pois nos utilizávamos dos desenhos e da contação de histórias enquanto facilitadores do nosso contato com as crianças.

O encontro com a Terapeuta Ocupacional foi de grande valia. O saber da Terapia Ocupacional sempre me encantou, especialmente quando trabalha com a Saúde Mental, pois através dos meios utilizados em sua prática clínica, alguns objetos concretos como as massinhas de modelar, giz de cera, lápis de cor, cartolinas entre tantos, abrem a possibilidade para outras formas da linguagem se exercer. E um canal de comunicação bem estabelecido com os usuários da Unidade era também muito do que precisávamos.

E vivenciamos muito isso, não só pelos meios acima citados, mas pela disponibilidade contida em nosso encontro para que algo para além do setorial e também da especialidade se fizesse viável.

Neste momento, com uma equipe de saúde mental se rascunhando na Unidade, trabalhamos mais fortalecidos para envolver e a equipe de trabalhadores do CS na construção da Saúde Mental no serviço, enfrentando muitos problemas.

A partir do momento em que uma equipe específica para atender a esta demanda vai se compondo, não podíamos abandonar a construção do fluxo de atendimento na Unidade e nem o fortalecimento dos espaços do fórum e das equipes de referência enquanto espaços coletivos. Nas reuniões de Saúde Mental, fomos pactuando uma maneira de abrir cada vez mais a porta da Unidade ao atendimento desses casos. Sendo assim, as conversas com os trabalhadores aconteciam agora com mais intensidade e um primeiro fluxo foi desenhado.

Alguns trabalhadores se dispuseram a ficar mais próximos desses casos no acolhimento. Antigos problemas de construção de PTS e condução dos mesmos foram cada vez mais abordados e uma “porta de entrada” se desenhou: para os casos que apareciam, o acolhimento feito pela enfermagem permanecia, mas sem protocolos, pois o que interessava na hora deste atendimento era a potência do trabalhador pra encarar um diálogo com o que se atualizava enquanto medo do encontro com essa demanda ainda ameaçadora. Ao chegarem os usuários, a enfermagem continuaria fazendo o acolhimento, mas poderia nesse momento contar com algum profissional, não necessariamente da Saúde Mental

para uma parceria neste primeiro contato. Os profissionais (Psicólogo e Terapeuta Ocupacional) também poderiam estar junto de outros trabalhadores, mas tinham períodos diários especialmente para o acolhimento. O matriciador também esteve disponível em alguns horários para este atendimento em conjunto.

Na ausência dos profissionais da Saúde Mental, o acolhimento acontecia como de costume. Para os casos emergenciais, contávamos com o suporte do SAMU, mas antes que o mesmo fosse acionado, o coletivo de trabalhadores que se encontrava no CS naquele momento se reunia para manejar a situação. O Apoiador Matricial, em seu horário de trabalho, mesmo que no CAPS, também era acionado via telefone para discutir o caso e auxiliar na conduta a ser tomada. Independente de como o caso chegava até a Unidade, após o acolhimento em situação tranqüila ou turbulenta, todos os casos eram encaminhados para a discussão em Equipe de Referência.

Os usuários encaminhados por outras Unidades de Saúde para atendimento com a equipe de saúde mental do CS, com discussão prévia do caso, já seriam acolhidos diretamente pelos profissionais Psicólogo e Terapeuta ocupacional, com horário marcado em agenda que ora ficava disponível na recepção, ora ficava com o próprio profissional.

A abordagem de um percurso

Conforme o andamento do trabalho acontecia, o percurso que os usuários faziam pela Unidade desde a porta de entrada até a estruturação de uma oferta para o atendimento foi ficando cada vez mais evidente, além de complexo. Era possível observar que o CS depositava nestes casos grande parte da sua dificuldade em estabelecer um contato com uma demanda que escapava aos olhos dos trabalhadores, pois este era um trabalho que exigia uma disponibilidade extra.

Para tal disponibilidade, entretanto, era necessário entendermos que o que nos aparece para ser trabalhado, em sua maioria, não é do jeito que pensamos ser.

A chegada dos casos (individuais, famílias) apontava para a construção de uma outra linguagem no relacionamento com esta demanda. O que seria um caso individual? Onde se encontra a dimensão individual no momento do encontro clínico, se o tempo todo trabalhamos com a dimensão coletiva da produção de subjetividades? E as famílias? Necessariamente teriam que se constituir da forma tradicional que a concebemos? Como atender aos pedidos de atestado para perícias, às solicitações de atendimento vindas do conselho tutelar, às mulheres violentadas, às crianças com problemas de aprendizagem, aos usuários de drogas, aos poliqueixosos, aos loucos, aos deprimidos, entendendo tudo isso como movimentos análogos ao que fizemos quando nos encontramos no CS para o Apoio Matricial? A analogia se dá quando temos a possibilidade de analisar o modo como funcionamos como trabalhadores, o que nos afeta e o que produzimos a partir disso, tornando-nos outros. Com os usuários, o mesmo acontece, pois têm suas próprias explicações sobre o que os deixaram “assim”, de “tal jeito”, mais tristes ou mais felizes e isso acontece a partir de um mergulho que fazem para dentro de suas vidas.

Como então lidamos com momentos de vidas que, como um imperativo do nosso trabalho, temos que olhá-los como necessidades de saúde para a construção de Projetos Terapêuticos? Seria possível que a atenção se baseasse na medicação prescrita pelos médicos generalistas? Como construir a escuta para esses casos sendo que o volume de trabalho era imenso?

Certamente, a equipe precisava de muito tempo para isso. Mas o tempo só aparecia concretamente se os casos fossem compartilhados com os trabalhadores nas Equipes de Referência.

Assim, o coletivo de profissionais que compunha cada Equipe de Referência podia mostrar quais instrumentos eram possíveis de ser construídos quando se relacionavam entre si e com os casos. É válido pontuar que neste

momento, mais especificamente em meados de dezembro de 2006, as reuniões em Equipes de Referência já aconteciam com mais frequência¹⁴.

A tecnologia do acolhimento e da construção de ofertas para o atendimento foi se facilitando a partir do momento em que os trabalhadores podiam contar uns para os outros o modo como eles se relacionavam com os usuários.

Ficava mais claro quem eram as possíveis referências para os casos na Unidade, pois o trabalho, ou seja, essa “tecnologia no contato com o outro” se baseava em possibilidades clínicas que eram inventadas no cotidiano das relações que os trabalhadores estabeleciam com a população.

Estava ficando cada vez mais possível entender o problema que uma dona de casa vive com o seu filho drogadicto porque, longe do imaginário do que é um dependente químico, aparecia uma real história de vida, onde essa mesma história apontava uma linha de cuidado que tornava esse problema um fato da vida, e não apenas um sintoma a ser cuidado com medidas prescritivas.

Essa mesma dona de casa poderia então se envolver com outras donas de casa em um grupo que agregava mulheres em torno da construção de objetos artesanais, onde confeccionar o artefato concretizava o trabalho, o atendimento, mas para, além disso, abria um canal de relacionamento entre as pessoas da comunidade onde histórias de vida eram compartilhadas, onde o sofrimento tinha voz e deixava de ser uma dor invisível, transformando-se em palavras, em atos.

¹⁴A partir da intensificação destas reuniões e também com a extinção de uma dentre as cinco equipes existentes anteriormente, os profissionais da Saúde Mental (Psicólogo e Terapeuta Ocupacional) se dividiram, ficando cada um responsável pela participação e atuação mais consolidada em duas Equipes de Referência. Enquanto responsável pelo Apoio Matricial, concentrei mais atenção no fórum de Saúde Mental da Unidade, trabalhando para viabilizar a construção da assistência à Saúde Mental no serviço, assim como a consolidação da equipe responsável por esta demanda. Paralelo a isso, também dei continuidade aos atendimentos que fui absorvendo a partir da construção de novas ofertas.

Assim, com a proximidade entre a equipe e os casos, a idéia do Projeto Terapêutico ganhava mais contorno. E a entrada gradativa dos profissionais da Saúde Mental nas Equipes de Referência veio para potencializar esse processo.

As reuniões do fórum Saúde Mental continuavam acontecendo, mas surge da proximidade com a população o pedido de uma capacitação para o acolhimento em saúde mental.

Não se tratava mais de um pedido ingênuo da equipe, mas sim de uma ampliação das possibilidades de construção dessa tecnologia de contato com o outro, recentemente abordada neste texto.

Organizamos (matriciador, terapeuta ocupacional e apoiadora institucional de saúde mental) a capacitação em formato de oficinas. Criávamos situações-problemas para serem vivenciadas e discutidas com os trabalhadores.

Conseguimos três encontros, mas logo tivemos que encerrar o processo, pois o surto de dengue que Campinas vivenciou em 2007 deslocou a maioria dos profissionais da enfermagem e ACS's para o cuidado com este problema.

Não conseguimos retomá-la, mas vale aqui ressaltar que tivemos com esse processo bons produtos. Como um desses produtos, destaco a forma como os auxiliares de enfermagem construíram para si uma outra visão do que é a discussão desses casos nas Equipes de Referência, enfocando a maneira como se relacionavam com os usuários. Isso trazia direções para as ofertas que a Saúde Mental poderia construir na Unidade. Ao estarem diretamente ligados à porta de entrada na Unidade pela via do acolhimento, a necessidade de “regular” essa demanda se transformava na necessidade de recepcionar os usuários na unidade com maior clareza do que estavam fazendo. Assim, a porta de entrada vai deixando de ser um problema para ser, ao invés disso, problematizada.

Como esses mesmos auxiliares também trabalhavam na recepção da Unidade, estavam em contato mais próximo com os casos desde o momento da chegada dos mesmos. Alguns usuários que freqüentavam o CS de maneira mais regular, com um comportamento mais diferenciado, ou seja, evidenciando mais o seu sofrimento, passaram a ser vistos com uma particularidade maior. Ao serem direcionados para o acolhimento, era possível que esse momento de encontro entre trabalhador-usuário se tornasse mais íntimo. Porém essa intimidade foi mostrando rapidamente que era preciso um tempo mais específico para que a dor se desvelasse, para que o sintoma trazido pelo usuário fosse algo passível de ações mais qualificadas, construídas na intimidade da relação trabalhador-usuário.

Com um acolhimento mais estruturado e se fortificando, um direcionamento às queixas atendidas nos corredores da Unidade foi se dando.

Após o acolhimento, as discussões em reuniões com as Equipes de Referência, agora com os profissionais da Saúde Mental já inseridos nas mesmas, evidenciava o modo como a população fazia para conseguir ser atendida.

Algumas surpresas apareciam e deixavam os trabalhadores boquiabertos, porém lidando melhor com as tais situações. Por exemplo, entender os gritos que alguns usuários davam na recepção, traduzir os “desmaios” repentinos dentro da Unidade, suportar as demonstrações violentas de descontentamento ficava agora mais aceitável para a equipe, pois levava-se em conta também a cultura que envolve as relações naquela região, os modos de ser e existir, não apenas traduzidos enquanto doenças de caráter inexplicável, mas sim enquanto manifestações do sofrimento humano.

Várias formas de acesso à Unidade eram conhecidas pelos usuários. Sempre foi comum no CS DIC III alguma senhora aparecer na recepção, passar pelo acolhimento, marcar uma consulta com o médico generalista e no dia da mesma, aparecer com o marido, ou com os filhos, ou com seus netos.

Essa era uma forma muito “prática” de conseguir “resolver” problemas de saúde com menos tempo de espera. E, quando algo assim acontecia, necessariamente a família toda entrava em discussão na Equipe de Referência.

Mas a família em discussão também foi problematizada enquanto um disparador de novas ofertas na Unidade. As questões de saúde como depressão, hipertensão arterial, uso de drogas, problemas circulatórios, ginecológicos, cardíacos e de aprendizagem entre outras, psíquicas ou não, fizeram com que a equipe de trabalhadores do CS voltasse o seu olhar para uma atenção mais qualificada aos usuários.

E tal atenção se qualificava já a partir do momento em que o usuário recebia seu primeiro atendimento na Unidade.

É preciso que eu me detenha brevemente neste ponto, pois a Equipe de Referência constitui-se enquanto espaço de discussão e interlocução das práticas a partir do modo como os trabalhadores iniciam a articulação das ações de saúde, tomando como ponto de partida o Acolhimento.

No momento do acolhimento, algumas negociações entre trabalhadores e usuários já são feitas, podendo-se traçar uma rede prévia por onde a atenção se dará.

As noções sobre o Acolhimento trazidas por Ricardo Teixeira (2003) são úteis para embasar como esse dispositivo compõe com o processo de trabalho em uma UBS.

Segundo este autor, a substância que move o Acolhimento é a conversa. O acolhimento se sustenta enquanto uma rede de conversações, isto é, traduz-se enquanto acolhimento-diálogo e está presente em todos os momentos onde se articulam as ações em saúde. A conversa ganha dimensão material na relação trabalhador-usuário, pois é através dela que as técnicas no campo de saúde são empregadas; é no ato de conversar que é produzida a tecnologia do encontro trabalhador-usuário.

E todos os momentos de diálogo constituem uma rede de conversações, que tem também como finalidade abrir cada vez mais espaços por onde os usuários circulem, levando sempre em consideração seus modos de existência e os recursos de linguagem que já possuem para se relacionar com a equipe. Isso quer dizer que o encontro entre a linguagem técnica utilizada pelos trabalhadores e a linguagem do usuário, constituída pelas vivências do mesmo, compõem um campo assistencial onde o que emerge é a possibilidade da construção de “eixos de valoração da qualidade do trabalho” (Teixeira, 2003:97).

Assim, as ofertas já existentes no CS como o grupo de alongamento e o de artesanato começaram a ser vistas com outro propósito. Os famosos grupos de diabéticos e hipertensos já não tratavam da doença em si, mas cuidavam das várias formas de expressão da vida. Também outros grupos foram criados, como o de Apoio aos Pais, já citado anteriormente, o de Alcoolistas (objeto de discussão do próximo capítulo) e o “bailinho”, por iniciativa da Terapeuta Ocupacional e da gestora da Unidade.

As ofertas são produtos dos tais eixos valorativos, os quais têm seu lócus nas Equipes de Referência, agora já mais estruturadas e entendidas como o cenário das discussões sobre a prática assistencial.

Com um equacionamento mais adequado das Equipes de Referência, o fórum de saúde Mental foi gradativamente se esvaziando em virtude do fortalecimento destas equipes enquanto dispositivos analisadores da construção clínica e do processo de trabalho.

O Apoio Matricial compôs com a equipe da Unidade um movimento que fez ver o trabalho para além das discussões de caso. Pontos como a porta de entrada, o fluxo de atendimento, a gestão do cuidado e os corporativismos foram muito trabalhados. Pontos onde o que está se fazendo é transformar em produtos qualificados as vivências dos momentos em que aquilo que não sabíamos fazer se atualizou enquanto veículos que permitiram a construção de lugares possíveis para o entendimento das várias formas de sofrimento que antes eram ocultas para os profissionais.

Um cuidado especial teve que ser tomado para que o Apoio Matricial não se confundisse com a gestão da Unidade, pois enquanto dispositivo, também evidenciou a construção política da gestão para o funcionamento da UBS. A função do Apoio Matricial não é a de gerir o serviço, mas atuar junto à gestão para viabilizar o processo de construção de uma clínica que atue voltada para a relação trabalhador-usuário, assim como provocar movimentos que criem redes de atenção que possam fugir completamente dos modelos unicamente prescritivos de atenção à população.

No caso específico do matriciamento em saúde mental, é inevitável que os movimentos institucionais sejam clareados e que este trabalho se torne o bode expiatório da equipe da Unidade.

É também inevitável que o encontro entre os trabalhadores e o matriciador, também trabalhador, não faça sentir que o que se deflagra no serviço, é produto do que desejamos. É estratégico situar-se nessa posição “deflagradora de conflitos” e fazer as costuras necessárias com os atores para que, aquilo que se revela enquanto impeditivo para que a assistência flua, se torne o elemento fundamental das conversas que fazem desses impeditivos, os instrumentos de trabalho.

Assim como temos uma clínica na relação trabalhador-usuário, a temos também na relação trabalhadores-serviço de saúde.

Temos em um determinado momento, já meados de 2008, uma clareza de que o Apoio Matricial já havia cumprido em parte, o seu papel. O funcionamento deste dispositivo no CS já deixava de ser encarado como milagroso, na fala de alguns profissionais.

A intensidade com que vivemos esse processo é muito difícil de ser aqui descrita. Porém, os momentos vividos neste encontro com o CS deixam no matriciador marcas indeléveis, pois para além da intervenção técnica do matriciamento, o processo de construção de conhecimento que ali se instaurou foi

vivido vibrantemente no corpo. Isso significa que, do mesmo modo como o serviço de saúde é produtor de subjetividades, esse mesmo movimento acontece quando acionamos uma oferta técnica, a transformamos em dispositivo, vivenciamos esse processo e nunca saímos dele da mesma maneira como nele entramos. Neste encontro com o CS, todos os sentidos do corpo foram disparados e, dessa forma, produziram subjetividade. O olhar foge aos olhos, pois se espalha. A escuta não capta apenas sons, mas pulsações. A pele não mais margeia o corpo através do tato, mas sim através de múltiplas sensações para além daquelas que nos são nomeáveis. O olfato sente odores agora inventados e o paladar, um gosto bastante inesperado.

O Apoio Matricial em Saúde Mental no CS DIC III se encerrou em julho de 2008, também esvaziando-se, em um movimento provocado pelo novo que ali foi construído. O Fórum de Saúde Mental da Unidade foi levando suas discussões gradativamente para as Equipes de Referência. A equipe de Saúde Mental, neste momento já contando também com um psiquiatra, caminha por espaços mais próprios, além de que a Saúde Mental na UBS já circula com mais força entre as outras especialidades construindo redes de atenção dentro e fora da UBS, conectando-se aos movimentos de produção subjetiva da população e acionando outros equipamentos na composição de uma história de militância implicada com a invenção da vida.

Incursão metodológica - cartografia do cotidiano

O percurso metodológico é um processo de criação. Destaco aqui o termo criação, pois não há um pressuposto que defina o problema a ser investigado. A vida pode ser esse pressuposto, mas qual a garantia de que a metodologia não altera o percurso do trabalho? Por isso, trata-se de um processo criador.

Passos e Eirado colocam que

(...) o método cartográfico, útil para descrever processos mais do que estado de coisas, nos indica um procedimento de análise a partir do qual a realidade a ser estudada aparece como composição de linhas (Deleuze & Guattari, 1995; Guattari e Rolnik, 1986; Fonseca & Kirst, 2003). É pela desestabilização das formas, pela sua abertura (análise) que um plano de composição da realidade pode ser acompanhado e acessado (Passos e Eirado, 2008: texto mimeo).

A pesquisa aqui se faz intervenção. Ela opera no plano do cuidado com a problemática, pois aqui pesquisador e objeto se inventam, operam transformando a realidade e as formas de conhecê-la através do mergulho no plano de engendramento da mesma, e não no distanciamento desta.

A realidade pesquisada aqui é local. Possui suas conformações, seus enunciados e uma política específica, que desloca o pesquisador do lugar único de trabalhador da saúde, o reposicionando enquanto ator-analisador de sua própria prática.

A construção do problema que articula a clínica e os modos de cuidar, enfatizada o tempo todo neste trabalho ainda se faz. Não aparece como um pré-dado. Não é uma encomenda específica. É produto de uma militância que, em seu plano implicacional, se desenha em um campo produtor de subjetivações.

E, sendo assim, nos faz pensar que o que está em jogo neste mergulho dentro da própria produção do pesquisador é a sua mistura com o objeto.

Entender, ou melhor, vivenciar cada momento do processo de Apoio Matricial no CS DIC III foi situar-me na fronteira entre o que estava instituído na Unidade de Saúde e o que estava por vir através da intervenção.

Foi como mergulhar no desconhecido, dando visibilidade às linhas de um mapa que insistia em criar novos caminhos para que chegássemos a outros planos de acesso ao entendimento sobre a demanda de saúde mental do serviço.

Organizar junto aos trabalhadores alguns espaços onde o que precisava entrar em análise tivesse um lugar, como o fórum de saúde mental e o retorno às discussões em Equipes de Referência, constitui parte de um processo que só aconteceu porque, junto dos trabalhadores e usuários, o matriciador se destituiu do especialismo da Psicologia e das regras que compõem uma produção de saúde baseada em representações sobre o que é considerado bom e necessário para a vida.

Foi a todo momento, um movimento de produção subjetiva porque, mais do que criar ofertas, o Apoio Matricial propiciou a passagem de fluxos e a composição de linhas que atualizaram algo diferente do que já acontecia anteriormente.

Ouvir os relatos dos profissionais em relação com o vivido em ato no momento da prática, traduz-se aqui como a leitura dos registros que constituem a prática no campo da saúde. Mas para além dos registros, o que se desvela é a articulação política para que as coisas acontecessem de determinados modos.

Através desta leitura, de polifonias e sons em muitas vezes indecifráveis, é que pude vivenciar o lugar do “entre” na prática. Entre profissionais, entre usuários, entre território, entre serviço de saúde, entre modos de gestão, dentro do processo de trabalho, dentro e fora da Psicologia... Estes são os lugares onde me situei.

Olhar para a queixa que os usuários traziam para unidade e denominá-la como invisível é uma produção que não diz respeito apenas ao modo como enxerguei o entendimento que os profissionais tinham sobre a mesma. Esse foi e continuará sendo por muito tempo um movimento que as forças existentes no campo da saúde provocam em mim.

Uma sensação de atravessamento da necessidade do outro é o disparador para o início de uma cartografia do cotidiano.

Uma cartografia que procura olhar para o que já existe, desmontar todas as representações que dizem como o que esse já existente deveria ser e lança o trabalhador para um local desconhecido, fazendo-o re-significar os arranjos com os quais já está acostumando a trabalhar, procurando nestes outros, modos e possibilidades de funcionar.

Exemplificando, vivenciar a construção de um Projeto Terapêutico Singular em uma Equipe de Referência apontou não só para uma nova clínica que devém deste processo, mas para uma ação que questionasse todo o processo de trabalho na unidade. Fez clarear que o modo como os trabalhadores vivenciavam tal processo não permitia que o prescritivo não imperasse.

Perceber que os Agentes Comunitários de Saúde traziam a sua afiliação com o território onde trabalham e evidenciar este fato é dar visibilidade ao componente cotidiano da produção de saúde. É possível assim, escancarando a conformação da vida na região onde o CS está situado, atravessar a equipe com a idéia de que para além do já cientificamente provado nos cuidados em saúde, o experimentalmente vivido e portador de afetos também se faz presente e é instrumento de trabalho.

E, tomando o experimentalmente vivido como instrumento de trabalho, somos convocados a atuar na ordem do cuidado tanto com a produção da pesquisa quanto com a intervenção propriamente dita.

E por que a cartografia adquire então uma dimensão cuidadora? Podemos pensar que necessariamente a pesquisa cartográfica produz intervenção, pois provoca um movimento de entrada em um campo desconhecido, exigindo que a intervenção se faça guiada por um paradigma ético-estético-político.

Ético no sentido de que a intervenção se posiciona junto ao problema a ser pesquisado, fazendo parceria com o mesmo, criando uma composição em máquina com todos os braços que apontam para as direções por onde o problema se estende.

Estético porque desmancha e recompõe territórios existenciais, onde cada uma das formas adquiridas pela intervenção dispara novos entendimentos e percepções acerca do problema investigado, fazendo com que, no caso do CS DIC III, fossem criadas formas variadas de operar com os arranjos institucionais para que o processo de trabalho fluísse.

Político porque deu visibilidade às articulações que os trabalhadores/pesquisador desenvolveram para que o trabalho acontecesse, provocando um posicionamento frente ao novo que se anunciou através da intervenção. E este posicionamento pode ser entendido como a favor do cuidado com o trabalho e com as formas de subjetivação nele produzidas.

Como nos aponta Mairesse (2003),

(...) a pesquisa, em seu sentido social, se realiza como uma viagem por outros universos de significação que convoca um novo olhar sobre as paisagens, estabelecendo uma nova interface com o mundo e com os sujeitos. Assim é, quando nos deixamos atravessar e redesenhar por outros que nos visitam, muitas vezes se instalando e se tornando parte de nós mesmos (Mairesse, 2003:260).

Assim nos é possível apreender o sentido desta pesquisa enquanto cartografia e intervenção: o ato de pesquisar não exigiu uma metodologia pronta, mas sim, se fez através da construção do caminho que a investigação percorreu, resultando em produção de subjetividade, inscrevendo o método no corpo do pesquisador que se lançou para a invenção da própria vida.

CAPÍTULO 3

**Uma construção advinda da parceria entre
Apoio Matricial e Equipe**

Um sério problema se apresentava no Centro de Saúde: o enorme número de pessoas que faziam uso abusivo de álcool nos batia aos olhos e o desassossego frente à questão fez com que o matriciador e a terapeuta ocupacional da UBS se transformassem em verdadeiros caçadores de estratégias para que algo fosse feito com isso.

Pensamos muito em fazer um levantamento desses casos na unidade e convidar as pessoas até nós para uma conversa sobre o assunto.

Levamos a questão para a equipe e o problema se tornou ainda maior: como abordar essas pessoas sem que fossemos invasivos ou “dedurássemos” aqueles que, de alguma maneira delatavam quem eram tais personagens?

Em conversas com auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, percebíamos a impotência que os mesmos apresentavam frente a um tema tão difícil de ser abordado. Mesmo assim, anunciamos no serviço a necessidade de algo a ser feito.

Logo a notícia de que esse espaço seria ofertado se espalhou pela comunidade. Muitas pessoas apareciam e diziam que conheciam alguém como um parente, um vizinho, um amigo que precisava de auxílio por conta do uso do álcool.

Até que um dos nossos tão procurados personagens apareceu. Na hora gritamos que não poderíamos perder a oportunidade de iniciar uma história de cuidados aos usuários de álcool no Centro de Saúde. Marcamos um dia para que esse senhor que nos procurou voltasse para conversar.

E o tal dia chegou. E junto com esse personagem, vieram mais quatro! Pronto. Tínhamos o início de um grupo e uma grande preocupação em fazê-lo “vingar” na Unidade de Saúde.

E agora, o que faríamos? Não entendíamos quase nada sobre o uso do álcool, suas principais questões, sua abordagem, modelos de prevenção. Mas sabíamos que a ausência de protocolos concretos e subjetivos nos daria a

margem para a construção de uma história com personagens que agora tinham nomes, números de prontuários no serviço e muitas coisas para nos contar.

Entendíamos que a ausência de protocolos contribuiria para nos distanciarmos de uma posição pré-concebida em relação ao uso álcool. Tínhamos a intenção, neste processo, de evitar um olhar comum aos profissionais de saúde sobre o corpo “alcoologista”, com respostas racionais que em muitas vezes, podem deixar de lado o que ele pensa.

Rearranjamos nossos horários e instituímos as segundas-feiras pela manhã como o nosso espaço para o início desse trabalho.

Aos poucos, as histórias foram chegando e algo nos tomava em incertezas. Inicialmente fomos conversando sobre os horários em que mais bebiam, quais as vantagens e desvantagens do uso da bebida, quais as maiores dificuldades já enfrentadas por conta deste uso e o pensamento no grupo fluía de uma maneira incômoda, pois o contorno dado à questão caminhava para a problematização do uso do álcool enquanto uma captura que não deixava espaço para que as pessoas conseguissem explicarem para si próprias o que as levava para o álcool. Tínhamos então um caminho que se bifurcava: álcool enquanto captura ou escolha? Embarcamos na idéia de que seria potente explorar a afirmação do álcool como uma escolha e, indo além, refletir sobre o grupo como um acontecimento que questionava a nossa posição enquanto terapeutas.

Conforme os encontros se davam, fomos entendendo que a trajetória dos caminhos acerca das escolhas feitas na vida em muitas vezes é marcada pela dualidade sim e não. Mas também neste grupo apareciam os relatos daqueles que não sabiam se escolheram beber, que quando se perceberam no bar, já estavam lá. Aqui, escolha se misturava com captura, pois escapar da captura que permeia a produção desejante em muitas vezes não é uma questão de escolha, mas sim um movimento de outras capturas. Aqui nos sentimos convocados a um exercício clínico no cotidiano: explicitar as possibilidades de escolha no meio de tantas capturas que a vida nos impõe.

Sendo assim, a experiência com o atendimento aos usuários de álcool no Centro de saúde DIC III fez uma tentativa de problematizar a vida e os processos que a constituem, posicionando o álcool como mais um elemento de experimentação, não centralizando seu uso unicamente como uma patologia, mas sim como um elemento agregador de afetos e encontros, elemento este que não necessariamente demarcava a embriaguez como o único território a ser habitado pelo alcoolista, mas como agenciador de outras possibilidades de encontros, outras formas de ver o mundo, de se relacionar com os problemas e com as alegrias da vida.

Nessa lógica, os encontros que aconteceram às segundas-feiras pela manhã se constituíram, em linhas gerais, num dispositivo facilitador de exposição de idéias e modos diversificados como as mesmas se constroem, levando em consideração o que é possível viver através do uso do álcool, na relação dos corpos com o mesmo, sem a preocupação de apenas alertar sobre os malefícios de uma prática tão socialmente construída.

As histórias que circularam por este grupo mostravam claramente quais são as instituições que atravessam os participantes e como, através desses agenciamentos no coletivo, o personagem alcoolista se cria, dando margem às diversas interpretações sociais, principalmente às mais carregadas de sentidos pejorativos e, na maioria das vezes irreais, não correspondendo às vivências trazidas por essas pessoas.

E imbuídos de muita curiosidade neste encontro, enquanto terapeutas buscamos um outro conceito para o trabalho. E o fomos construindo conforme agíamos, nos produzindo enquanto parceiros para a construção de outros planos sensíveis de entendimento da vida. Sobre os conceitos utilizados na prática clínica, Passos e Barros (2002), servindo-se de Deleuze, colocam que

Não há indiferença no trabalho com os conceitos quando sabemos que são operadores de realidade. Neste sentido, eles nos chegam como ferramentas. Um conceito-ferramenta é aquele que está cheio de força crítica. Ele está, portanto, cheio de força para produzir crise, desestabilizar (Deleuze apud Passos e Barros, 2003:06).

Na prática clínica, operar conceitos é envolver-se com a construção dos mesmos. A proposta do “Grupo de Alcoolistas no CS DIC III” não surgiu simplesmente. Ela foi criada conforme o contato da equipe com a população atendida na unidade. Tal criação embasou-se no caráter transcendente que o álcool também ocupa naquela região, convocando a equipe a pensar uma estratégia de acolhimento para esta demanda, não mitificando a vivência que os usuários têm com a bebida. Essa ausência de mitificação significa que o recorte para o atendimento foi feito de acordo com uma das características da população que habita aquela região, mas sem a preocupação com o isolamento do uso do álcool em si, podendo abordar o posicionamento que os usuários do Centro de Saúde ocupam perante a vida.

Não pensamos em ações preventivas para a abordagem do uso do álcool. Para o fortalecimento do grupo sempre colocamos à frente o questionamento sobre quais valores permeiam a existência dos usuários de álcool quando os mesmos o incorporam às suas vidas. Porém, para o entendimento de tais valores, era preciso que desconstruíssemos algumas imagens identitárias em torno do uso do álcool.

Então, munidos deste questionamento, conseguimos promover ações eficazes no sentido de produzir valores que alcançassem um bem-estar que não fosse fragmentado, embasado na abstinência do álcool, mas que fizesse referência à lógica de produção de subjetividades no coletivo.

A utilização de um dispositivo grupal agregou pessoas que procuraram o Centro de Saúde sentindo-se “desocupadas”, “sem motivação para a vida”, “vivendo num marasmo”, “sempre fazendo a mesma coisa”. O uso da bebida alcoólica foi aparecendo nas entrelinhas dos papéis assumidos por essas pessoas. Algumas falas revelaram o início do uso a partir do trabalho, das decepções amorosas, das vivências com algumas complicações clínicas, dos problemas familiares, da história de vida através da criação que os pais deram.

Neste sentido, pudemos observar que muitas instituições atravessavam o grupo e não nos foi possível trabalhar sem entendê-lo enquanto analisador. Passos e Barros, 2000 colocam que “Os analisadores seriam acontecimentos – no sentido daquilo que produz rupturas, que catalisa fluxos, que produz análise, que decompõe”.

E nesse fluxo de análises, o entendimento do processo que inseriu a bebida alcoólica nessas vidas aconteceu para além das reuniões semanais. O acompanhamento do cotidiano desses “personagens da vida real” se fez também através dos dispositivos criados pelos mesmos para provocarem encontros onde puderam cuidar de questões como problemas financeiros, desajustes familiares e nesse mesmo rumo, também propiciaram o “resgate” de alguns participantes que se ausentavam dos atendimentos por algum período. Vale lembrar aqui que outros arranjos do Centro de Saúde não precisam necessariamente ser acionados, como as visitas domiciliares, por exemplo. Assim, elementos do cotidiano como os almoços, as pescarias, as caminhadas nos serviram como dispositivos que compunham com a produção subjetiva, utilizando recortes de vivências do coletivo, o transformando em agente terapêutico. Mas com um detalhe: em alguns momentos, sem a participação dos terapeutas.

A idéia do coletivo como terapêutico nos foi útil porque dele extraímos a potência dos encontros, o que favoreceu o acionamento de outras maneiras de trabalhar com a questão do álcool sem cristalizar o cognitivo como o lugar de

aprendizagem sobre a vida. Então, partindo do plano da construção do desejo, as prioridades estabelecidas na vida em algumas vezes se davam descoladas de seu entendimento, ou seja, o sintoma se criava porque algo no corpo pedia passagem para se expressar.

O uso do álcool para este grupo acontecia de acordo com uma resposta social ao apelo desejante, expressando mais um aprisionamento do que uma saída para os tais problemas referidos. Nessa ótica, uso e abuso enquanto sintomas nos davam à idéia de que era preciso abafar o enfrentamento com a vida e, sendo assim, o lugar fronteiro que a potência do corpo e seu agenciamento com a vida ocupam era tomado pela embriaguez.

Aqui, reforça-se a idéia de explicitar as escolhas no meio das capturas, pois tal estado de embriaguez era imaginário. Ele não se mostrava nos encontros semanais, mas se atualizava nos gestos, nas falas, nos temas e em seus contrapontos. A problematização iniciada na clínica precisava perdurar, assim como o sintoma insistia em efetuar o sofrimento. Dessa forma, explicar para o grupo os malefícios do álcool era um trabalho em vão, pois este modo não alcançava o afeto, a sensibilização necessária para um compromisso com o próprio estado de ser.

E neste momento a criação se fazia. Entendemos a partir daqui que a potência do trabalho não estava na separação do sujeito de seu sintoma, mas sim na agregação entre ambos. Já que construído coletivamente, o sintoma continha em si a sua própria construção e, falar unicamente sobre o uso do álcool nunca nos foi funcional, mas abranger o que o entorna nos trouxe a dimensão de qual lugar esse uso ocupa e o que é possível fazer ou não quando o álcool é mais um entre tantos parceiros que temos na vida.

O almoço

Aos terapeutas chegou um pedido: trazer de volta para o grupo aqueles que desapareceram.

Mas como? Simplesmente indo até suas casas e os chamando de volta? Não encontramos potência na idéia, pois para isso precisaríamos acionar os agentes de saúde do CS com suas visitas domiciliares, não desqualificando a ação dos mesmos, mas nos utilizando da fonte de idéias que emergia no grupo, partimos para outros caminhos um pouco menos protocolares.

Pensamos jeitos, formas e a idéia surgiu da invenção: um almoço; proposta de um dos integrantes do grupo. E partimos para a organização do mesmo.

O cardápio se definiu rapidamente, o local seria a casa mais bonita dentre as de todos os participantes e claro, como principal atrativo, a bebida.

E na data e hora marcadas, sem os terapeutas presentes, o cozido de carne reinou absoluto entre todos. Sobre muito se falou ali. Sobre muito também se aprendeu. Segundo os relatos dos participantes, foi uma tarde de domingo inteira agregando, confraternizando, buscando de volta para o grupo aqueles que os participantes queriam; uns poucos, mas importantes para a sustentação da idéia de que é possível beber e produzir alguma coisa, existir de outra forma, e não exclusivamente para a embriaguez.

Na manhã seguinte, chega a segunda-feira, dia de encontro do grupo. Todos ali estavam, inclusive os faltantes. Conversamos muito sobre o evento e pudemos perceber o quão potente foi a estratégia criada pelo grupo, sem as necessárias intervenções tradicionais das quais poderíamos ter lançado mão da maneira protocolar já mencionada.

Outros eventos ocorriam, como as pescarias, as caminhadas, os passeios por lugares desconhecidos e o grupo foi dando vazão à sua potência criativa. Aqui, vimos com mais clareza como os dispositivos atuam na complexidade dos processos de subjetivação no coletivo.

Vivências do matriciador/equipe

Em torno das discussões sobre a clínica, nos deparamos muito com a discussão sobre a autonomia e a tutela que as equipes prestam aos usuários, discutindo muito pouco as dimensões do cuidado. Na quase ausência desta discussão, torna-se difícil a construção do trabalho e facilitada a manutenção de práticas hegemônicas que reproduzem os sintomas institucionais.

Tentando articular a produção do cuidado tendo como cenário a relação trabalhador-usuário e chamando o compromisso com a produção do cuidado de militância, Merhy nos aponta o que articulamos em pensamento:

A produção deste saber militante é novo e auto-analítico, individual e coletivo, particular e público. Opera sobre os vários modos de se ser sujeito produtor do processo em investigação e em última instância interroga os próprios sujeitos em suas ações protagonizadoras e os desafios de construir novos sentidos para os seus modos de agir, individual e coletivo. Ao passar pela auto-análise das implicações do sujeito, acorda-o do seu silêncio instituído e abre-se para os novos sentidos e significações para os fenômenos, reconhecendo-se como seu produtor, re-significando a si e os sentidos dos seus fazeres (Merhy, 2004:10).

Nessa tônica, o olhar para a queixa/vivência torna-se também um exercício de co-produção de subjetividade, na relação do trabalhador com o usuário.

Toda tecnologia de trabalho está encarnada no corpo do trabalhador, construída em um processo. Assim, em relação com as pessoas atendidas neste grupo, tornamo-nos juntos capazes de construir linhas de fuga para o sintoma, deixando-nos afetar pela história do outro, criando intervenções para além do procedimento, para além da consulta e do exame, observando a materialidade dos encontros a partir da autonomia produzida pelo grupo, transformando o sintoma em ações de cuidado.

Entendemos que existe afetação pelo poder contido em nossa prática clínica. Mas essa prática, se única e exclusivamente guiada pela técnica está impedida de se inventar, de produzir territórios de afetação. Assim, a produção subjetiva torna-se serializada e, em consequência disso, o grupo poderia ser visto como um eterno igual, inativo, impotente e ter sob sua responsabilidade a decisão por tudo, sendo convocado para o exercício da governabilidade do próprio desejo, sem que antes possamos criar juntos algumas condições para tal governabilidade.

Nesse contexto, quando pactuamos com o grupo o experimento da potência do mesmo, destrinchamos a queixa para observarmos a vivência da mesma, o processo que a constrói. Assim, é possível desmistificar idéias como “a bebida ser inerente às desgraças da vida”, fazendo uma conexão entre o uso da bebida, sua representação social e seu poder disparador de afetos, tanto rotuladores como agregadores.

Clínica em um espaço fronteiro. Nesse campo, de desestabilização, sujeitos e terapeutas compunham uma nova regra, um novo jogo, o qual envolve a quebra das certezas frente ao mal estar provocado pelo álcool, revelando também a potência do grupo para o seu exercício clínico. Passos e Barros, (2003:06) exemplificam este exercício nos dizendo que “Este compromisso clínico só se faz pondo em questão nossos especialismos, o que exige de nós a busca de

estratégias eficazes contra o conservadorismo de imagens identitárias”. Uma idéia que nos impõe, cada vez mais, o desafio de inventar e operar com dispositivos que busquem redefinir espaços de relação entre sujeitos, que alterem as missões dos serviços de saúde e que ampliem modos de se produzir saúde.

CAPÍTULO 4

Indo e voltando a alguns pontos...

Criando outros problemas

Dando continuidade a discussão que é feita neste trabalho, consideramos necessário voltar a alguns pontos para um melhor encadeamento das idéias aqui expostas.

O que está sendo dito aqui faz referência ao modo como operamos com a tecnologia do Apoio Matricial, pensando o seu desenvolvimento com base na construção de conhecimento e produção de subjetividades.

Porém, é necessário que exploremos mais alguns arranjos inerentes ou não aos serviços de saúde, percorridos para o desenvolvimento desta tecnologia.

Tratamos o tempo todo neste trabalho sobre como operamos em alguns arranjos no campo da saúde para a viabilização de uma clínica que enfatiza a produção de subjetividades.

Seguindo esta mesma idéia, podemos dizer que os arranjos estão muito além dos espaços construídos nas Unidades de Saúde onde teoricamente se concentram, pois são atravessados por fluxos que promovem mutações na clínica, que fazem dela um processo.

Então, primeiramente, falemos do arranjo Acolhimento.

Já fizemos referência ao modo como o Acolhimento é entendido neste trabalho. Utilizando-nos da construção de Ricardo Teixeira (2003) no segundo capítulo, ou seja, o Acolhimento enquanto uma rede de conversações, entendemos que este não tem a sua atuação limitada apenas à porta de entrada dos serviços. Acolhimento é o ato de problematizar o que emerge da prática, o que é criado a partir das forças que se atualizam no encontro entre trabalhadores e usuários. Necessita de intenso suporte, pois inicia a prática clínica na Unidade de Saúde, apontando para outros locais onde essa clínica acontece, inclusive no “extra-muro” dos serviços.

No Acolhimento, o que é o dito pelos usuários, assim como o que não é dito deve servir como materiais para a ação dos trabalhadores. Por isso, uma rede de conversas se faz imprescindível, para que aquilo que é dito tenha

validade, receba escuta e atenção, mas também o que não está sendo colocado em palavras receba uma escuta diferenciada, refinada, atenta aos movimentos que estão supostamente ocultos, pois trabalhar apenas com o que está sendo dito pode reduzir a intervenção, transformando-a diretamente em uma prescrição a ser seguida. Prescrição como uma ordem, como aquilo que considera o sofrimento apenas um sintoma e não como a expressão de algo dentro de um processo. Aqui não desconsideramos o que é dito. Reconhecemos a sua importância, mas entendemos que a intervenção se amplia quando estamos abertos a uma linguagem que se estende para além das palavras.

Exemplificando, no momento em que uma queixa é trazida à Unidade de Saúde, procuramos um lugar para ela, tentando concretizá-la, torná-la objeto para intervirmos. Aqui, consideramos que a queixa da qual falamos é invisível, ou seja, contém em si um processo de construção que em muitas vezes extrapola o que pode ser concretamente observado, visível, audível e, sendo assim, se lança para as formas mais variadas de cuidado, assim como de suas expressões.

Neste caso, conversar sobre ela é necessário para que possamos entender minimamente o funcionamento rizomático da clínica, descentrado, conectado com múltiplas formas de intervenção, até mesmo aquelas inesperadas.

O ato de conversar é entendido neste trabalho como uma ação que se propõe a escutar o que tem a ser dito de maneira exploratória, implicada na leitura dos movimentos que acontecem para além das palavras. É também fazer uma leitura de como os interlocutores se posicionam para a escuta e para a fala, reconhecendo o arcabouço de vivências que carregam até o momento da conversa, os parâmetros que estabeleceram suas condutas, abrindo um canal em que todos os sentidos corporais sejam acionados para que se problematize e vivencie o que está em questão. A conversa produz vibrações; torna-se matéria e atravessa os corpos causando sensações que podem produzir diferença nos modos como percebemos os movimentos de engendramento da vida, nos atravessando pela dimensão coletiva onde esta se compõe.

Então, não apenas no momento da porta de entrada na Unidade, ou seja, não só nos encontros iniciais com o usuário, mas para quaisquer outros lugares onde levamos as nossas conversas, existe a dimensão coletiva da intervenção, pois os encontros são atravessados por vários fluxos e um primeiro passo rumo à intervenção se dá: o olhar para a queixa como sendo um movimento de expressão da multiplicidade, da produção subjetiva que não acontece no plano individual, mas que é fruto dos caminhos que o usuário percorre pelo mundo, pelo seu território subjetivo e existencial, pelas formas como se conecta com os elementos da vida e se apresenta como sujeito em vários momentos.

Mas esse primeiro passo nos dá arranque o para um segundo: entender que seja qual for constituição atual do sujeito, essa é a expressão de um processo, isto é, a queixa não é um recorte do agora, do factual, do simplesmente representável. Pode ser a primeira manifestação um pouco mais elaborada do que vem acontecendo há tempos, inclusive em épocas não vividas por esse usuário que se apresenta na Unidade em determinado momento, o que nos dá a idéia de que tal pessoa, tal corpo, é durante toda a sua vida, atravessado por uma diversidade de situações já vividas.

As questões problematizadas no Acolhimento precisam de via de escoamento pela Unidade. Isso significa dizer que o que acontece inicialmente na porta de entrada do serviço não se soluciona ali, por mais que a intervenção seja breve, pois o Acolhimento é um movimento que se estende por todos os braços da Unidade de Saúde, para dentro e para fora dela; é um arranjo que compõe com outros arranjos e têm suas ações diluídas e espalhadas por toda a rede de cuidados.

E por que não se soluciona na porta? Porque o Acolhimento não funciona isolado de todo o processo de trabalho da Unidade. Ele necessariamente aponta para outras ações, até mesmo burocráticas, como p. ex, o faturamento dos atendimentos prestados. Mas, além disso, quando temos um caso que demanda intervenção elaborada, em algum lugar isso deve ser discutido.

E, neste momento, outro arranjo se apresenta como potente para o direcionamento e desmontagem da queixa: a Equipe de Referência.

A Equipe de Referência é um dos pontos de uma rede de conversações. É também um lócus de conhecimento e proteção da queixa. É aqui que continuamos sua desmontagem, podendo vê-la com mais clareza enquanto um processo que já vem se clarificando com o atravessamento do Acolhimento neste arranjo. A desmontagem da queixa acontece no momento em que lançamos vários olhares sobre ela, não a destituindo da história de vida do sujeito que a traz, podendo indicar hipoteticamente o seu início, quais elementos a compõe, quais os fatores sociais que a conduzem até o serviço de saúde, qual a implicação do sujeito com a mesma e como este mesmo sujeito se movimenta para cuidar do que considera um problema. A proteção da queixa é necessária porque ela provoca movimentos que questionam os trabalhadores sobre as formas de intervenção, fazendo com que algumas alternativas para o cuidado sejam pensadas, inclusive disparando discussões a respeito das impressões que os trabalhadores têm em relação ao usuário que os procurou.

Tais impressões podem vir acompanhadas de julgamentos morais, como no caso dos usuários “políqueixosos”, os quais geralmente são apontados como aqueles que “querem chamar a atenção”. Deste modo, na Equipe de Referência, os modos como os trabalhadores visualizam as suas intervenções e os sentimentos provocados na relação com os usuários devem entrar em análise para que pontos como a adesão ao tratamento, a funcionalidade da intervenção, a disponibilidade da equipe para o atendimento a determinados casos, as medidas prescritivas adequadas, as maneiras de vinculação com os usuários, o processo de trabalho entre outros recebam a atenção necessária por parte dos trabalhadores.

Outro ponto em relação à proteção da queixa diz respeito ao sigilo frente ao sofrimento que o usuário nos traz. É extremamente necessário que suas questões sejam discutidas de maneira ética e protegidas pela equipe, pois possíveis banalizações podem acontecer e isso torna o trabalho inválido.

A Equipe de Referência, assim como o Fórum de Saúde Mental do CS DIC III possuíam um funcionamento semelhante. E foi mais através destes espaços, entre outros, que pudemos observar com lentes ampliadas a dimensão des-especializante do Apoio Matricial.

Não afirmamos aqui que o Apoio Matricial se restrinja aos arranjos do CS, pois como uma tecnologia que alia o cuidado à produção de subjetividades, acontece por toda a rede de serviços e por isso não se resume apenas ao fato de uma especialidade apoiar o saber generalista na construção clínica dos casos.

A des-especialização ocorre no sentido da quebra dos corporativismos no campo da saúde. E há uma trajetória da construção da clínica que faz com que isso aconteça.

Essa trajetória, ou seja, esse caminho percorrido pelo Apoio Matricial não é liso e tampouco seguro. É intempestivo, atravessado por fluxos de diversas naturezas, pois não existem fluxos inerentes ao trabalho no campo da saúde. Com isso, queremos dizer que a Saúde Mental, enquanto um plano de saberes que em muitas vezes é visto unicamente como o responsável pelo cuidado com a subjetividade, sai gradativamente deste lugar e ocupa-se do atravessamento com outros saberes, fazendo composição com os mesmos para a construção de uma clínica transformadora, a qual busca atuar sem fazer as separações entre o que é “demanda de saúde” é o que é “demanda social”. Fazer essa distinção é cair na criação de um problema que não precisa existir; é girar em torno de uma questão que não produzirá soluções que dêem conta nem das dificuldades que as equipes têm com casos complexos, nem do sofrimento trazido pelos usuários.

Para tanto, a intersetorialidade se faz presente e, para que ela se exerça, o Apoio Matricial realmente deve trabalhar para além dos arranjos institucionais e percorrer o seu trajeto fortalecendo a construção de redes.

Quando vemos um usuário em crise, oferecendo risco a si próprio e a outros, não encontrando vaga para internação em hospital geral pra um cuidado breve e, que em seguida pode seguir seu acompanhamento no Centro de

Referência como o CAPS, p. ex, muitas vezes instrumentalizamos a família pra que cuide deste sujeito por um período curto até que possamos encontrar meios para uma intervenção mais singularizada.

Essa instrumentalização da família é um bom exemplo de quebra paradigmática. Podemos, enquanto especialistas, apoiadores junto às equipes, estarmos juntos destes familiares oferecendo não só um saber ou uma palavra que defina a situação em que o usuário se encontra, ou seja, apenas diagnosticando e remediando. Assumimos junto destes as falhas contidas em nossas redes; quebramos protocolos e inventamos uma outra forma de cuidado, pois não devemos trabalhar com a hipótese de que toda e qualquer rede de saúde é potente para acolher os problemas de saúde de sua população. Através das falhas, desenvolvemos tecnologias de cuidado. Aprendemos que quem apresenta uma crise psiquiátrica, não precisa necessariamente receber cuidados apenas dentro de um serviço de saúde. Pode ser acolhido em casa, junto se sua família, sem provocar situações de risco a si e a outros.

Porém, entendendo que essa crise é a manifestação de um processo e, com uma equipe que já venha trabalhando uma linha de cuidado tanto para esse usuário quanto para a sua família, não nos fica impossível identificar dentro desta família quais são os pessoas que mais podem estar perto ou devem ficar longe dele neste momento, quais histórias vividas entre familiares e vizinhos podem ser rememoradas com o usuário naquela hora, quem são os personagens que ele aponta como responsáveis por sua crise, quais as medidas prescritivas necessárias para a situação, como a medicação, p.ex., quem ele reconhece como cuidador e para quem solicita amparo. Se os profissionais mais vinculados a ele estão próximos nessa hora, é possível que sua crise seja abrandada com mais facilidade. Este mesmo profissional, e aqui não especificamos a qual categoria profissional pertence, pode aconselhar a família sobre o que pode ser acionado e o que deve ser evitado para que não haja agravamento da crise.

Assim, outra rede de cuidados foi acionada, inventada, partilhada com quem vivencia o problema e, neste sentido, criamos ao invés de especialização, co-responsabilização, com o atendimento do usuário em seu território e realizado pelos profissionais que o acompanham, em conjunto com sua família. Eis aqui, outro arranjo. Porém agora, reinventado.

Esse movimento implica em des-especialização de nossas práticas, pois os atores aqui acionados neste exemplo são componentes da vida, passando a ser protagonistas de ações que em teoria, não lhes cabe.

Acontece aqui a produção de uma cultura relativa ao cuidado e o entendimento das formas de sofrimento de usuários e familiares através da aproximação com o território, com a sua população, com a potência de um saber inventivo e, para além disso, a des-especialização é vivida como produto de uma nova forma de subjetivação experienciada e constituída no encontro com tudo o que compõe com a vida do usuário e também do trabalhador, ou seja, com a vida para fora de si mesma, vivenciando os riscos que teoricamente não deveriam existir no trabalho.

Mas trabalha-se com a vida e, sendo assim, estamos à mercê de todo e qualquer risco.

Em se tratando de risco, não pretendemos aqui conceituá-lo, pois não dizemos apenas que tais riscos são ocasionados por uma intervenção em saúde.

Risco, em nosso entendimento, é o fato de estar exposto ao atravessamento de qualquer linha do cotidiano que nos coloque na fronteira entre o que é já é vivido, em nós consolidado e o que está por vir, ou seja, no que podemos nos transformar. Não se trata aqui de nos abandonarmos, mas sim de compormos com o novo que pede passagem em nós.

E, neste caso, qualquer profissional mergulhado na produção de seu trabalho sem que o descole da produção de sua própria vida, passa a ser inventivo na criação de arranjos que superem a visão institucional que temos deles.

Para tanto, um movimento acontece no Apoio Matricial e ele é inesperado, não calculado, pois remar contra paradigmas e formas de assistência já há muito instituídas requer que outra linguagem se crie para facilitar as formas de comunicação e viabilizar os encontros entre profissionais, gestores e usuários.

No caso da intervenção pensada acima, e no capítulo 3 deste trabalho, quando tratamos da intervenção com o grupo de alcoolistas, outra linguagem, com sua singularidade, se fez presente para que o inesperado pudesse ter passagem.

Mas o que quer dizer essa outra linguagem, ou essas outras formas de linguagem que dão passagem àquilo que está por vir?

A linguagem, ou seja, aquilo que facilita a comunicação surge nos vários encontros que o Apoio Matricial provoca. Pode expressar, quando destrinchamos como se criam os meios técnicos que compõem uma intervenção, que em muitas vezes, a lógica que se apresenta na condução de um caso ou na discussão de um problema considerado extremamente complexo pela equipe deve ser invertida, ou até mesmo negada.

Quando dizemos, por exemplo, que os alcoolistas devem ser tratados sob a ótica da abstinência, já estamos apontando para o efeito que esperamos da nossa intervenção.

Quando não sabemos o que fazer com a demanda para o atendimento infantil na Unidade, podemos rapidamente delegá-la a alguém ou simplesmente dizer que o que faremos não dará certo.

Porém, esse pensamento determinista nos revela o quanto desconhecemos não só a demanda que se apresenta a nós, como também não temos um registro da própria potência criativa que reside no coletivo de trabalhadores. Mas, esse registro só pode ser criado através do enfrentamento da demanda.

E enfrentar a demanda significa, a princípio, conversar com ela.

Propondo-nos a começar um mapeamento do que temos quando um problema de saúde nos aparece, é importante estarmos atentos que o objeto da intervenção situa-se nas relações que estabelecemos com os usuários. Já dissemos anteriormente que a clínica acontece neste espaço, nessa fronteira que a relação com o outro cria, questionando no trabalhador a sua posição frente ao seu modo de agir.

Esse questionamento é o que pode dar início ao mapeamento dos nossos problemas. Já que nos propomos a agir fora de uma racionalidade que antecede os produtos de nossa prática, é necessário conseguirmos abrir canal para a escuta das questões que os usuários trazem.

Muitas vezes, o mesmo idioma falado por profissionais e usuários não quer dizer que a mesma língua esteja sendo falada. Aqui não se tratam apenas de regionalismos ou de características culturais diferentes e específicas presentes na relação entre ambos.

Para além disso, trata-se de registros de sensibilidade diferenciados, de modos não apenas de ver, mas de sentir a vida em conformações diferentes.

O que está sendo dito em determinado momento por um profissional a um usuário não nos dá a garantia que está sendo ouvido por este usuário exatamente da forma como o profissional quer dizer. E, quando o dito não é cumprido, podemos inferir que, em muitas vezes, está sendo prescrito inadequadamente.

Mas o dito que não é cumprido, na maioria das vezes, volta ao usuário na forma de culpabilização do mesmo. E assim temos um grave problema, pois estamos atribuindo à cognição toda a potência da linguagem, da comunicação, destituindo o usuário, o sujeito da tomada de decisões frente ao modo como irá se cuidar.

A invenção da linguagem que flexibiliza a comunicação entre profissionais e usuários e também entre os próprios profissionais concentra-se na proximidade com os modos como atuamos na nossa esfera de trabalho e também como nos posicionamos perante a vida. É, antes de uma boa palavra, uma leitura clara daquilo que está para fora do que uma boa prescrição pode alcançar, ou seja, a linguagem aqui permite que o plano de conversas abranja não só o que falamos em termos técnicos na saúde, mas também contemple todos os elementos com os quais não estamos acostumados a considerar relevantes em uma intervenção. É conversar sobre crenças, diferenças, é des-especializar, é fazer da palavra o rizoma, é tirar a medicação do centro da dor e buscar nesta mesma dor qual o significado que ela contém, é acessar o cotidiano do usuário e também do trabalhador para que as negociações feitas em relação ao cuidado projetado para o usuário contemplem ambos os desejos nesta relação, é oferecer o desenho ou a escrita àquele que não fala, é dar a palavra a quem a demanda, é tomar um café na casa do usuário e não simplesmente fazer uma visita de ordem sanitária, é ver a vida no HIV, é sentir no cheiro da bebida alcoólica a possibilidade de agregar-se à vida e não só excluir-se dela, é ouvir do profissional que ele não sabe o que fazer quando algo complexo lhe aparece e dar suporte a esta intensidade vivida, é escutar porque o remédio “branquinho” é melhor que o “azulzinho”, é entender que a pressão arterial elevada não é só excesso de sal, que o diabetes dá uma fome tremenda, que a injeção nas nádegas expõe, que a gestão também propõe e não só ordena... É tornar público o que está escondido, velado; é o exercício da proximidade, da mistura prudente com o outro, da dissolução do próprio ponto de vista, da tentativa cartográfica de um percurso de trabalho que não é só técnico, mas afetivo, intenso, pulsante. É entrar, vivenciar e ser o dispositivo, como no olhar foucaultiano do termo. É inventar a si e ao próprio mundo.

E a invenção da linguagem é também produto de uma clínica do encontro. Encontro entre profissionais, usuários, elementos do cotidiano, ou seja, tudo que compõe o plano de engendramento da vida. A linguagem é também um arranjo, intra e extra-institucional. É arranjada, inventada, criada e acionada para

dar forma e espaço para a intervenção acontecer. É a ferramenta da clínica, é o elemento dela e o disparo para o que faz diferença nos modos de cuidar.

O Apoio Matricial se constitui então em um coletivo de arranjos, de produções que requerem também o imprevisto no trabalho em ato. É um dispositivo que opera na gestão do cuidado e, para tanto, por ser um processo gestor, como já colocado anteriormente, também necessita de gestão.

E qual a sua relação com a gestão? Por se tratar de um processo que também é gestor, contém em suas entrelinhas algumas nuances que nos remetem ao enfrentamento de questões delicadas referentes ao alcance que pode ter enquanto intervenção. E falaremos aqui da gestão de sua própria constituição, enquanto uma função suporte que é desencadeada no transcorrer do processo do Apoio Matricial.

Mas o que seria essa função suporte da gestão?

O suporte aqui se coloca também como um processo, o qual se desenha de acordo com as questões que vão aparecendo no decorrer de seu funcionamento.

Neste momento, destacamos a função suporte enquanto:

- a)** gestão da desterritorialização pela qual os trabalhadores passam quando são atravessados pela integralidade em suas práticas;
- b)** gestão da desconstrução dos olhares que a equipe tem frente ao próprio trabalho;
- c)** gestão do mergulho no plano de engendramento da realidade vivenciada pelos profissionais e usuários;
- d)** gestão dos vínculos constituídos durante o processo de matriciamento e
- e)** gestão da desconstrução de uma lógica que transforma o profissional de saúde em apoiador matricial.

Para gestão da desterritorialização que acontece com os trabalhadores através do envolvimento com a integralidade nas práticas em saúde é necessário suporte por parte do Apoio Matricial, pois vemos aqui que os modos de agir em saúde estão sendo questionados através da prática coletiva. A desterritorialização é um estado fronteiro. É nessa situação, inerente à clínica, que os elementos subjetivos estão mais evidentes, onde os saberes estão em suspenso e, sendo tais saberes construídos no corpo dos trabalhadores também como efeito da intervenção feita pelo Apoio Matricial, as transformações na prática demandam cuidados necessários. A lógica de tais cuidados é semelhante a dos cuidados prestados pelos trabalhadores aos usuários.

Aqui, resgatando a perspectiva ética do matriciamento, o “estar junto”, “compor em conjunto” a construção de novos saberes significa estabelecer uma parceria com a equipe que suporte as indagações do envolvimento com a prática, os medos em relação a ela, que dê passagem à fala que ainda pode estar desorganizada, que elabore junto com os trabalhadores as leituras em relação aos problemas existentes, assim como construa as ofertas de maneira coletiva e de acordo com a demanda do território de saúde, enfocando que tais demandas sempre são produtos dos encontros entre a equipe e os usuários, pois as mesmas não aparecem sozinhas.

A desconstrução dos olhares que a equipe tem frente ao seu próprio trabalho é um ponto sempre a ser provocado pelo Apoio Matricial. É um tensionamento necessário a ser feito, pois não há possibilidade de mudanças no processo de trabalho em saúde se as ofertas e entendimentos sobre os problemas forem vistos apenas como produtos do serviço de saúde, ou seja, neste ponto, o que toca a transformação da prática é o olhar para o trabalho em rede, que des-especializa e, aliado à desterritorialização que o corpo do trabalhador sofre quando atravessado pela integralidade, provoca transformação subjetiva sensibilizando o profissional para outros mergulhos nas mesmas e em outras tarefas, na mesma esfera de trabalho, porém com novos recursos, inventando a si e o próprio mundo, como já dito anteriormente.

O suporte ao mergulho no plano de engendramento da realidade vivenciada pelos profissionais e usuários trabalha diretamente com a desconstrução do conhecimento técnico adquirido durante o período de formação e da trajetória profissional. A desconstrução não significa a negação dos saberes anteriores. Como efeito da intervenção operada pelo Apoio Matricial, ocorre aqui a desmontagem dos núcleos profissionais através da imersão no território.

Tal mergulho merece suporte porque insere o trabalhador em um campo que não é gerado apenas pela fusão entre os núcleos profissionais, mas porque gera problematizações quando percebemos que o nosso conhecimento técnico pode ser insuficiente frente à demanda que se apresenta a nós.

As problematizações alcançadas advêm do encontro entre trabalhadores e usuários. Este encontro, no olhar deleuziano, é intercessor, ou seja, é um encontro que provoca um movimento onde o contato com o outro possibilita que se vá para além de si e também deste outro, para além do heterogêneo.

Mergulhar na realidade da população é questionar o que se faz enquanto trabalhador, é trabalhar com o que pode ser feito, é lidar com a prescrição que em muitas vezes não será seguida à risca, é falar o que pode ser entendido ao contrário, é entender que através dessas pequenas/grandes frustrações vivenciadas pelos trabalhadores que quem conduz o ritmo de um tratamento é a relação estabelecida entre cuidadores e usuários.

A potência da desconstrução do conhecimento técnico reside no que acontece entre estes atores. É, mais uma vez, em um lugar fronteiro onde o trabalho está se dando. A realidade vivida por nós trabalhadores, se encarada apenas “de dentro” da Unidade de Saúde não possui elementos suficientes para romper com modelos de atuação já há muito tempo incrustados e cristalizados na saúde. A diferença nos modos de intervir se faz através do reconhecimento dos lugares onde as intervenções são pensadas, assim como da leitura do que há por

dentro das intervenções, ou seja, projetos terapêuticos, grupos, oficinas entre outros artifícios que compõem a clínica não têm origem na fotografia que resume o conhecimento técnico, mas sim no modo como este é construído e utilizado através do contato direto e sensível com os usuários e suas múltiplas realidades.

Os vínculos constituídos durante o processo de matriciamento são elementos importantíssimos para a gestão deste processo. O vínculo da equipe com o apoiador matricial é fundamental para que o matriciamento opere como interventor. Não é possível que a equipe estabeleça uma relação com este profissional se o mesmo não estiver aberto às transformações que ocorrerão nele próprio. Para além deste vínculo, o Apoio Matricial deve trabalhar a sua relação com a equipe com vistas a vinculá-la ao próprio trabalho. Neste ponto, o suporte como gestão do processo de cuidado com a construção clínica nas Unidades de Saúde também opera a clínica fazendo a gestão da relação dos trabalhadores com os próprios produtos de suas práticas em saúde. Isto quer dizer que a mortificação gerada pelas dificuldades inerentes ao trabalho pode ser entendida como um apelo que a equipe faz quando percebe que seu trabalho já não gera frutos transformadores.

Aqui, a valorização dos trabalhadores não deve acontecer gratuitamente. O que deve ser reconhecido é o empenho da equipe mesmo quando as intervenções se transformam em fracassos, pois podemos iniciar, desta maneira, o movimento de análise das implicações por parte dos trabalhadores. Levar em consideração todos os olhares trazidos pelos profissionais, por mais desqualificados que nos pareçam é colocar em funcionamento o estranhamento com o próprio pensamento, com a própria forma de agir que em muitas vezes é excludente. É poder incluir a diferença na equipe, mas na equipe enquanto um grupo que, estando atento ao fato de que é atravessado por diversos fluxos e instituições, consegue colocar em análise quais os movimentos que compõem a fala e o pensamento do outro, assim como analisar como é o seu próprio funcionamento. Essa movimentação que abre a escuta e a reflexão ao que nos move para a ação na saúde é o que constrói e

fortalece os vínculos com o próprio trabalho e também cartografa os afetos que perpassam a relação entre trabalhadores e usuários, desmistificando e aliviando de algum modo o “peso” provocado por fatores que podem ser denominados, pelos trabalhadores, como sobrecarga de trabalho.

Em relação último ponto a ser discutido sobre a gestão como uma função suporte desempenhada no e pelo Apoio Matricial, apontamos como fundamental o suporte para a desconstrução da lógica que transforma o profissional de saúde em apoiador matricial.

Para tanto, reservamos este íterim para que faça parte da discussão que se apresenta no quinto e último capítulo deste trabalho, onde faremos conexões entre algumas outras indagações disparadas ao longo desta dissertação.

CAPÍTULO 5

Finalizando...

O profissional de saúde e o desenho da lógica (?) que o transforma em Apoiador Matricial

Movimento. É assim que pretendemos denominar o que acontece no processo de desconstrução da lógica que transforma o profissional de saúde em apoiador matricial. Lógica aqui aparece como uma conformação de idéias que se constroem através da passagem de um estado a outro, isto é, da passagem de gerido a gestor, da transformação dos lugares ocupados pelo profissional em sua esfera de trabalho. Transformação é movimento, é a exploração de caminhos desconhecidos, é a imersão em lógicas que provocam tensionamento entre o vivido e o novo, o que está por vir.

O envolvimento com a construção da clínica provoca o olhar para a transformação que ocorre no plano das experiências prático/subjetivas. Não é possível sair do lugar de trabalhador da saúde quando nos lançamos a um trabalho como o Apoio Matricial. Mas o que nos aparece quando experimentamos este modo de trabalho é a demanda pela gestão do nosso próprio mergulho nesta tarefa.

O que aqui se discute é a gestão de nós mesmos, ou seja, se atuamos em busca da autonomia dos trabalhadores para o exercício de uma clínica que os transforme, assim como causa transformações nos usuários, torna-se necessária uma gestão do processo que alavanca o matriciador para a construção dos novos olhares que descobre junto às equipes que apóia.

E tal gestão, tal suporte, encontra-se na desconstrução da lógica que o levou até o encontro com as equipes.

Fazer o Apoio Matricial não é simplesmente assumir uma tarefa inerente ao trabalho. É sim operar em uma política pública, mas o que devém desse processo é algo que inverte a nossa posição enquanto atores na produção da assistência em saúde, nos colocando enquanto construtores de conhecimento.

A construção de conhecimento, no entendimento trazido por este trabalho, ocorre através da militância na saúde. A desconstrução da lógica que transforma o trabalhador da saúde em apoiador matricial ocorre no mesmo plano. E aqui é preciso que estejamos atentos ao que nos coloca no lugar de matriciador.

Em primeiro lugar, dizemos que a condição de concursado ou contratado, seja por qualquer via para exercer uma função em um serviço de saúde, apenas nos dá um lugar institucional para o exercício efetivo, funcional do trabalho. Este lugar põe em prática uma categoria profissional, insere o trabalhador em uma equipe e lhe delega a demanda para o cuidado com os usuários.

Porém, este cuidado não se resume à execução de procedimentos ou formulação de projetos terapêuticos. Ele traz consigo desafios que não podem ser previstos, levanta questões antes não pensadas, atualiza movimentos de produção de subjetividades.

Também com isso, podemos observar que o desenrolar do Apoio Matricial requer suporte do próprio matriciador durante o seu processo, porque faz com que a especialidade da categoria profissional que o insere no trabalho se desmanche no contato com a produção de redes de atenção.

Em segundo lugar, entendendo o Apoio Matricial como produtor de subjetividades e como um processo onde o trabalhador inventa a si e ao próprio mundo, enfatizamos a transformação que ocorre em relação ao entendimento sobre os arranjos nos serviços de saúde.

A forma como estamos habituados a ver o Acolhimento e a Equipe de Referência é questionada quando tais arranjos são atravessados pelo dispositivo do Apoio Matricial. Não há aqui a possibilidade de repetição dos mesmos entendimentos acerca dos lugares onde operamos a clínica. Vimos que os arranjos se diluem na rede, assim como a especialidade se dissolve na generalidade e, deste modo, a produção das linhas de cuidado está à mercê da

implicação que os trabalhadores têm com o movimento de transformação de si mesmos.

Como em vários exemplos citados no transcorrer desta dissertação, podemos afirmar que a ruptura com práticas apenas prescritivas requer que o conhecimento que se produz com o Apoio Matricial se inscreva diretamente no corpo do trabalhador.

Assim como a Integralidade desterritorializa o corpo do trabalhador, a construção do conhecimento faz o mesmo movimento. Incita a abertura para novas práticas e potencializa olhares para o que acontece entre trabalhadores e usuários.

Ocorre aqui a construção de um conhecimento que, antes de ser técnico, é subjetivo, pois transformamos o que devém de nós mesmos em ofertas para o cuidado, modos de existir em realidades compreensíveis, queixas em instrumentos de trabalho, não apenas conservando o entendimento das mesmas enquanto um problema. Estamos nos fazendo e nos refazendo neste percurso, nos inventando, vendo os produtos de nossa prática operando para dar suporte não só aos usuários, mas a nós mesmos.

Em terceiro e último lugar, é importante enfatizar que a missão do Apoio Matricial está para além do apoio do especialista ao generalista. Partimos deste lugar, procuramos entender essa premissa e evoluímos acompanhados dela. Reconhecemos a importância dos primeiros textos sobre o tema, assim como das primeiras experiências com o Apoio Matricial.

O que procuramos mostrar com este trabalho é que é possível engendrar outros planos de operacionalização para uma tecnologia que ainda está em desenvolvimento e que pode destituir-se de seus próprios enunciados, criando outras composições para a sua própria afirmação.

Pensada como um dispositivo, no caso, aliado ao olhar foucaultiano do termo, dá visibilidade ao modo como construímos a saúde no coletivo. Faz dizer o que queremos e o não queremos com nossas práticas. Faz o inesperado ter passagem.

Ainda há muitos pontos que este trabalho não abordou, assim como questões que estão em formulação. Outras formas de operar com o Apoio Matricial estão em desenvolvimento, como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (portaria MS 154/2008), não abordada neste trabalho, além de outras experiências locais.

A contribuição que este trabalho pretende dar para a Saúde Coletiva reside no fato de que é possível olhar para o que fazemos quando estamos em ato no campo da saúde. Como trabalhadores e construtores de uma clínica que nos envolve no encontro com o outro, buscamos também sair de um plano que determina nossas queixas como invisíveis e nossas dores também como já instituídas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003.

Campos GWS. Clínica e Saúde Coletiva Compartilhadas: Teoria Paidéia e Reformulação Ampliada do trabalho em Saúde. Campos, GWS; Minayo, MC; Akerman, M; Drumond Jr; M & Carvalho, YM (org.) Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec; 2006; p53-92.

Campos GWS. Um Método para Análise e Co-Gestão de Coletivos. Rio de Janeiro: Hucitec; 2000.

Campos GWS. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. Cadernos de Saúde Pública; 1998;14(4): Rio de Janeiro. 863-870.

Carvalho SR. As contradições da promoção à saúde em relação à produção dos sujeitos e a mudança social. Rio de Janeiro: In Ciência & Saúde Coletiva; 2004; 9(3).

Carvalho SR. Saúde e Promoção da Saúde: Sujeito e Mudança. Hucitec, 2007.

Carvalho SR e Cunha GT. Gestão da Atenção na Saúde: Elementos para se pensar a mudança da organização da saúde. Campos, GWS; Minayo, MC; Akerman, M; Drumond Jr; M & Carvalho, YM (org.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec/Editora Fiocruz; 2006; p837-868.

Carvalho SR e Campos GWS. Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. Cadernos de Saúde Pública. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000200021&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 22/11/2007.

Costa-Rosa A, Luzio CA, Yasui S. Atenção Psicossocial: Rumo a um Novo Paradigma na Saúde Mental Coletiva. P. Amarante (org.) Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Nau; 2003; p 13-44.

Deleuze G e Guattari F. Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia. Rio de Janeiro: Editora 34; 1995.

Deleuze G. Conversações. Trad. Peter Pál Pelbart. Rio de Janeiro: Ed. 34; 1992.

Deleuze G e Parnet C. Diálogos. 4ª edição. São Paulo: Editora Escuta; 1998.

Eirado A e Passos E. A Cartografia como Dissolução do Ponto de Vista do Observador. Mimeo: UFF; 2008.

Escóssia L e Kastrup V. O Conceito de Coletivo como superação a Dicotomia Indivíduo-Sociedade. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722005000200017)

73722005000200017. Acesso em: 05/04/2008.

Filho, SBS, Barros de Barros, ME. Trabalhador da Saúde: Muito Prazer! Protagonismo dos Trabalhadores na Gestão do Trabalho em Saúde. Ijuí: Unijuí; 2007.

Fonseca TMG. A cidade subjetiva. In: Cartografias e Devires: A Construção do Presente. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2003; p 253-257.

Foucault M. Sobre a História da Sexualidade. In: Microfísica do Poder (R. Machado, Org.). Rio de Janeiro: Graal; 1999; p 243-276.

Foucault M. Vigiar e Punir. 35ª Ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2008.

Foucault M. Microfísica do Poder. 14ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1999.

Foucault M. A história da sexualidade I, A vontade de Saber. 12ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1988.

Foucault M. Resumo dos Cursos do Collège de France (1970-1982). Tradução, Andréa Daher; consultoria, Roberto Machado. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1997.

Foucault M. A Arqueologia do Saber. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2005.

Hardt M e Negri T. Multidão. Rio de Janeiro: Record; 2005.

Lourau R. Altoé, S. (org.). René Lourau; analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec; 2004.

Mairesse D. Cartografia: do método à arte de fazer pesquisa. In: Cartografias e Devires: A Construção do Presente. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2003; p259-271.

Merhy EE. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: Merhy, E E e Onocko Campos R. (orgs) Agir em Saúde – um desafio para o público. 2º ed. São Paulo: HUCITEC, 1997; p197-228.

Merhy EE. O Ato de Cuidar como um dos nós críticos chaves dos serviços de saúde. Mimeo. DMPS/FCM/UNICAMP – SP; 1999.

Merhy EE. Engravitando Palavras: O Caso da Integralidade. Disponível em: http://paginas.terra.com.br/saude/merhy/textos/LivroIntegralidadeengravidando_palavras.pdf. Acesso em: 16/08/2008.

Merhy EE. O Conhecer Militante do Sujeito Implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-02.pdf>. Acesso em 22/10/2008.

Oliveira GN. O Apoio Matricial como Tecnologia de Gestão e Articulação em Rede. In: Manual de Práticas de Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada. São Paulo: Hucitec; 2008; p273-282.

Oliveira GN. O Projeto Terapêutico Singular. In: Manual de Práticas de Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada. São Paulo: Hucitec; 2008; p283-297.

Onocko Campos R Clínica: a palavra negada - sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/media/File/publicacoes>. Acesso em 25/05/2007; p98-111.

Onocko Campos R A Gestão: Espaço de Intervenção, Análise e Especificidades Técnicas. In: CAMPOS GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003; p122-149.

Passos E, Barros RDB. Clínica e Biopolítica na Experiência do Contemporâneo. Disponível em: http://www.slab.uff.br/bd_txt_lg.php?tp=t. Acesso em: 01/03/08.

Passos E e Barros RDB. A Construção do Plano da Clínica e o Conceito de Transdisciplinaridade. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722000000100010. Acesso em 23/06/08; p71-79.

Pelbart PP. Vida Capital, ensaios de biopolítica. São Paulo: Iluminarius; 2003.

Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como rede de conversações. Pinheiro, R e Mattos, RA (orgs). Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, Abrasco; 2003.

Teixeira RR 2005. Humanização e Atenção Primária à Saúde. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 10(3):585-97. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a16v10n3.pdf>. Acesso em: 04/10/08.