



**INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL**

**Competências dos Agentes Comunitários de Saúde no
processo de desinstitucionalização da loucura**

Porto Alegre

2011

André Luis Leite de F. Sales

**Competências dos Agentes Comunitários de Saúde no processo de
desinstitucionalização da loucura**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre, no Programa de Pós Graduação em Psicologia Social. Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Simone Mainieri Paulon

Porto Alegre

2011

Banca Examinadora

Prof. Dra. Magda Dimenstein

Prof. Dr. Silvio Yasui

Prof. Dr. Rosane Neves

Prof. Dra. Simone Mainieri Paulon

À Vida, que não cansa de se reinventar e
recriar frente a um mundo caduco. Á Vida
então. A ela por nos impulsionar a seguir
murmurando estes protestos tímidos.

Agradecimentos

Entendo que é chegada à hora de demonstrar gratidão para com aqueles que possibilitaram a escrita deste texto. Resolvi fazê-lo de dois modos: primeiro, escrevendo uma série de emails dizendo da importância do apoio e suporte a mim destinado, durante esta estada em terras mais frias; segundo, mencionando-os diretamente nas próximas linhas. Portanto, se não estás contemplado nos caracteres que se seguem, observe atentamente a sua caixa de emails.

A Painho e Mainha, por serem um porto rumo ao qual eu posso velejar antes de iniciar uma nova viagem.

Ao G.R.I.T.A. (Glerter, Rodrigo, Isaac, Técio, André) por terem aprendido a conviver com a minha necessidade de mundo, mesmo sem entendê-la.

Ao D.A. (Distímicos Anônimos) por, mesmo distante, ainda apoiar decisões que mantêm o equilíbrio dos meus neurotransmissores.

À Magda, Ana e todos da Base de Natal por terem me mostrado que pesquisa também pode ser intervenção.

Ao Intervires pela ajuda na reconstrução de sentido para a vida.

A Guto e Guga (Carlos Augusto Piccinini e Gustavo Zambenedetti) pela parceria, nas inquietações dos fins de tarde daquelas sextas feiras.

Aos agentes com quem aprendi, definitivamente, que menos medo e mais atenção pode acalmar tanto quanto doses de diazepam.

A Cecília, Francis, Rafa e Loiva por terem tornado o meu primeiro inverno aqui no Sul bem mais caloroso.

Aos meus revisores informais – Flávio e Guto – e a revisora ortográfica oficial – Fabrina Camilott – pela troca de ideias e inserção de vírgulas.

Aos integrantes da banca de Qualificação do Mestrado, pelo trabalho que tiveram (e, posteriormente me deram) lendo aquelas páginas tão cheias de pretensão.

À Rosane Neves pelo apoio logístico em tempos não tão favoráveis.

Ao Silvio Yasui pela orientação precisa de sair da frente dos agentes.

A Simone Paulon pelo reconhecimento quase imediato e pelo ensinamento de que o máximo a se esperar de uma vida, considerando esta tragédia que é viver, é que ela seja bela.

A Flávio por, mesmo quando já nem era preciso, se dedicar com afinco a desembaralhar estas linhas - aproximando a idéia e a compreensão vividas daquilo que povoava as páginas.

Nenhuma razão me obriga a afirmar que o corpo não morre a não ser quando se transforma em cadáver. (Ética, L IV, P. 39).

RESUMO

A pesquisa realizou uma investigação das competências atualizadas nas práticas operadas pelos agentes comunitários de saúde para analisar como estes profissionais podem contribuir para consolidação da reforma psiquiátrica brasileira. O estudo teve como público um grupo de agentes comunitários de saúde (ACS) que atuam em 19 equipes da estratégia de saúde da família no município de Porto Alegre/RS. As ações territorializadas, pautadas por diretrizes de promoção de saúde e humanização da atenção e gestão, impõem-se como necessárias aos avanços do Sistema Único de Saúde e da reforma psiquiátrica. Diante de tal cenário, o objetivo geral da pesquisa foi investigar quais competências as práticas dos ACS atualizam e que podem produzir efeitos de desinstitucionalização da loucura. O levantamento das estratégias de cuidado em saúde mental desenvolvidas pelos agentes, investigação das competências nelas atualizadas, e da presença de efeitos de desinstitucionalização da loucura que possam decorrer da expressão destas competências e a experimentação de uma metodologia pedagógica capaz de potencializá-las, foram objetivos específicos que o estudo também desdobrou. Os aportes teóricos da esquizoanálise e análise institucional compõem o aparato metodológico da investigação desenvolvida em uma perspectiva de pesquisa-intervenção e de inspiração cartográfica. Concluímos que a competência dos agentes da qual podem advir as maiores contribuições para o processo de reforma psiquiátrica é a transformação do capital social que possuem vínculos à serem usados na construção de projetos terapêuticos. Diante disso a pesquisa se propôs, a problematizar as relações afetivas entre os agentes de saúde e a população por eles atendida – usando, para isso a filosofia de Baruch Spinoza. Esta análise indicou que no desdobramento do capital social que possuem em vínculos, é mais provável que os bons encontros, e toda a dimensão de alegria que eles envolvem, frutifiquem em vínculos promotores de desinstitucionalização da loucura. Diante disso, argumenta-se a favor da criação de espaços de partilha e troca de experiência, a fim de que a dimensão da afetividade presente no trabalho desses importantes atores do SUS possa ser debatida e de modo a potencializar o exercício da função agente comunitário de saúde.

Palavras-chave: políticas públicas, atenção básica, agente comunitário de saúde, competências, reforma psiquiátrica, desinstitucionalização, humanização da atenção e da gestão do SUS.

ABSTRACT

The research is about an investigation of current skills in the practices operated by community health workers to consider how this workers can contribute to the consolidation of Brazilian psychiatric reform. The study was came up with a group of community health agents (CHA) connected in 19 teams of family's health strategy in the city of Porto Alegre / RS. Territorialized actions, guided by policies to promote health and humanization of care and management, are required to advance the Brazil's Health System (SUS) and the psychiatric reform. Seeing this scenario, the objective of this research was to investigate the practices of this works looking for the of skills updated by this practices that are able to promote effects of de-institutionalization of madness. The survey of care strategies developed for community health agents and the research about skills updated them – analyzing the presence of effects of de-institutionalization of madness that may result from the expression of these skills; the experimentation with a pedagogical method able to empower the community health agents, were specific objectives study also develop. The theoretical framework of institutional-analysis and schizo-analysis is used to build the methodological apparatus of this research. It was developed in a research-intervention way and inspired in cartography. We conclude that the competence of agents which may produce the major contributions to the process of psychiatric reform is the transformation of social capital in bonds able to be used in the construction of therapeutic projects. So we were required to think about the relationships between health workers and the population they served to – using to it, the philosophy of Baruch Spinoza. This analysis indicated that the unfolding of the capital they hold in bonds, it is likely that good meetings, and the whole dimension of joy that they involve prosecutors bonds bear fruit in the deinstitutionalization of madness. Therefore, it is argued in favor of the creation of spaces for sharing and exchange of experience, so the dimension of affect present in the work of these important actors in the SUS may be discussed -in order to enhance the exercise of the of community health agents.

Keywords: public policy, primary care, community health worker, skills, psychiatric reform, deinstitutionalization, and humane approach to NHS management.

PROGRAMA

<i>RELEASE</i>	<i>11</i>
1. CONSTRUINDO UM CENÁRIO	17
1.1. Oficina um: territórios vivos e usuários demasiado humanos	25
2. APRESENTANDO UM PERSONAGEM	32
2.1. Oficina dois: mais do mesmo?	36
3. PREPARAÇÃO DOS ATORES	41
3.1 Forjando um método	43
4. PRIMEIRO ATO	52
4.1. Cena um: Revendo o Script	53
4.2. Cena dois: Martelando conceitos	59
4.3. Cena três: Desinstitucionalização é efeito	63
5. SEGUNDO ATO	70
5.1. Cena um: semeando vínculos	70
5.2. Cena Dois: encontros, afetos e efeitos	73
5.3. Cena três: das paixões às alegrias ativas	81
6. TERCEIRO ATO	92
6.1. Cena Única: Pistas, apostas e efeitos	92
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99

Inspiração Cartográfica

Cartografar é acompanhar movimentos e processos. Para tanto, usa o diário como ferramenta capaz de ajudar o sujeito pesquisador a reler sua própria ação aqui é pensado tanto como um campo específico, nos quais as atividades da pesquisa se desenvolvem, quanto no campo da vida onde a vida e o conhecimento processam.

sábado, 11 de junho de 2011

Acho que cheguei ao fim

Alguns meses depois, muito suor e frio depois, muitas intensidades e afetações depois, acabo de ser tomado pela sensação de que terminei tudo o que gostaria de dizer na dissertação de mestrado. O resultado final: 74 páginas. Elas parecem conter de forma organizada meus pensamentos e inquietações do último um ano e meio. Agora, agora não, na verdade, amanhã à noite, mandarei para o revisor ortográfico, depois para a revisão conceitual e veremos o que vai dar.

Será que serei mestre antes dos 25?

Postado por André às 21:06 0 comentários

segunda-feira, 20 de dezembro de 2010

20 de Dezembro - Banca de Qualificação do Projeto III



Cartógrafos

Participar
Google Friend

Membros (



Já é um mem



Missão do...
diabos isso
transforma
de trabalho
remunerado
Visualizar n

▼ 2011 (1

▼ Junho

Acho q

► 2010 (3

<http://www.inspiracaocartografica.blogspot.com>

RELEASE

A aprovação da Lei Orgânica da Saúde de 1990 representa uma alteração significativa nas políticas públicas no Brasil. Simboliza também um marco nos modos de produzir saúde, fundando um sistema com pilares distintos daqueles outrora vigentes. Trata-se de uma conquista significativa daqueles que compõem o quadro de trabalhadores, usuários e militantes no campo sanitário, por ser uma legislação que surge como fruto dos embates e debates da sociedade civil organizada. Entendemos o processo de reforma psiquiátrica como um movimento que acontece em paralelo a essas lutas e está alicerçado em bases equivalentes às aquelas que produziram o Sistema Único de Saúde - SUS.

A reforma psiquiátrica pode ser caracterizada como crítica e revisão sistemática ao modo como a assistência aos pacientes com transtornos psiquiátricos vinha sendo pensada, planejada, orçada e executada. O movimento interroga ainda as relações de exclusão que se estabelecem com a loucura (AMARANTE, 1995; AMARANTE & OLIVEIRA, 2004). Esta última característica aproxima o processo de reforma brasileiro da Psiquiatria Democrática Italiana (BASAGLIA, 1991) e dá visibilidade para a questão da loucura enquanto instituição a ser desinstitucionalizada. Sendo a institucionalização entendida como um “conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder estruturadas em torno de um objeto preciso: a doença mental, a qual se sobrepõe no manicômio o objeto periculosidade” (ROTELLI, F.; LEONARDIS O. DE; MAURI, D, 2001, p. 90).

No momento atual, tanto de consolidação e qualificação do Sistema Único de Saúde enquanto política pública, quanto do processo de reforma psiquiátrica, a atenção primária em saúde tem sido pensada como um lugar estratégico a partir do qual seria possível ampliar o acesso e qualificar a assistência. Um ator social singular emerge nesse contexto: o agente comunitário de saúde (ACS). Sua condição peculiar de trabalhador do campo da saúde com a especificidade de imersão territorial apontam para este sujeito como sendo ocupante de uma posição privilegiada para dar continuidade aos processos de mudança em curso. Este estudo insere-se no conjunto de esforços acadêmicos e profissionais que apostam na necessidade de aprofundar o conhecimento sobre a situação peculiar desse ator para fazer avançar as transformações almejadas.

As questões de saúde mental e suas implicações para o trabalho do agente comunitário de saúde é algo que vem nos instigando há algum tempo. Em pesquisa anterior, realizada durante o ano de 2008, com um grupo de agentes comunitários, concluímos que:

Os ACS vivenciam situações todos os dias que identificam como demanda de saúde mental. Ressaltam, por exemplo, o uso de medicamentos controlados de forma contínua; certos comportamentos estereotipados (agressividade e descontrole, comportamentos bizarros); a apresentação de sintomas como ansiedade, angústia, choro descontrolado, nervosismo; a perda de autonomia/dependência em termos de cuidado; problemas de alcoolismo e drogadição, bem como história clínica e diagnóstico psiquiátrico (SALES & DIMENSTEIN, 2009, p.105)

Achados como estes nos levaram a querer ir além na investigação do assunto, fazendo com que nos perguntássemos sobre as especificidades de trabalho da categoria, sobre os suportes necessários a estes profissionais, as dificuldades que encontram para prestar cuidados a população em sofrimento psíquico e sobre o quanto e como o lugar ocupado por eles poderia contribuir para o processo de reforma psiquiátrica em curso no país. Estas razões justificam a proposição da presente pesquisa em um processo de formação em nível de pós-graduação. Em tempo, frisamos que esta pesquisa é uma ramificação do projeto “Estratégias de cuidado em saúde mental na interface com a atenção básica: o trabalho dos agentes comunitários de saúde nas equipes de saúde da família (SILVA, PAULON, SALES, PICCININI, ZAMBENEDETTI, 2011)”.

As mudanças necessárias para consolidar os princípios ordenadores do Sistema Único de Saúde – equidade, universalidade, integralidade – e para fazer avançar o movimento de reforma psiquiátrica – em um momento em que ele tende a ser confundido com criação de Centros de Atenção Psicossocial – estão estreitamente associadas, dentre outros fatores, a uma transformação nos modos como o trabalho em saúde é executado. Ao assumir o desafio de prestar cuidados aos seus usuários em suas casas, em seus locais de vida, em meio a suas redes sociais, os profissionais de saúde estão em um campo do imprevisto, do não controlado, de problemas e soluções que vão além do preparo técnico em cursos especializados. Ao abandonarem a segurança e as certezas que tinham dentro do contexto da atenção hospitalar e adentrarem na ordem imprevisível do cotidiano, os trabalhadores precisarão reinventar o modo como usam seus conhecimentos teóricos, habilidades e atitudes para conseguir construir ações terapêuticas. O desafio está lançado. A necessidade de ir além do núcleo específico de conhecimento para atuar no campo composto por múltiplos determinantes, demandante de múltiplos saberes, múltiplos atores e múltiplos fazeres é urgente.

Diante disso, optamos aqui por pensar as práticas dos agentes comunitários de saúde a partir da noção de competência. Entendemos tal construto como um conceito eminentemente relacional, atualizado em ações cotidianas, em atos concretos que dizem respeito a um campo próprio de trabalho marcado pelo imprevisto e pela impossibilidade de prescrição. Competência aqui, significa

capacidade de enfrentar situações e acontecimentos próprios de um campo profissional, com iniciativa e responsabilidade, segundo uma inteligência prática sobre o que está ocorrendo e com capacidade para coordenar-se com outros atores na mobilização de suas capacidades (BRASIL, 2004b, p. 47).

Em função do acima exposto, o presente estudo teve como objetivo geral investigar quais competências as práticas dos agentes comunitários de saúde mobilizam e que podem produzir efeitos de desinstitucionalização da loucura. Trabalhamos a partir do levantamento das estratégias de cuidado em saúde mental desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde – focando as competências nelas atualizadas – seguindo as pistas dos efeitos de desinstitucionalização da loucura que possam delas decorrer.

A pesquisa foi desenvolvida com um grupo de agentes comunitários de saúde no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Ela utilizou o mesmo trabalho de campo que estava sendo realizado para o estudo das “Estratégias de cuidado em saúde mental na interface com a atenção básica (SILVA, PAULON, SALES, PICCININI, ZAMBENEDETTI, 2011)”. Da posição de executor do projeto de investigação sobre os distintos modos de cuidado desenvolvidos pelos agentes no trato com as questões de saúde mental, ocupamos uma posição privilegiada para problematizar as competências que se atualizavam nestas práticas e para investigar modos de potencializá-las.

O uso do diário de campo foi a ferramenta específica fundamental para o desenvolvimento do trabalho que aqui apresentamos – na medida em que ele serviu de instrumento de separação entre o nosso recorte de trabalho e toda a complexidade de questões que se presentificaram no projeto maior ao qual estávamos ligados. A pesquisa teve inspiração cartográfica, na medida em que tomou o campo de investigação em sua dimensão processual, móvel, mutante, cabendo-nos acompanhar os processos que ali aconteceram (PASSOS, KASTRUP, ESCÓSSIA, 2009). Para captar esta dimensão processual o diário de campo foi escrito em formato de blog e esteve disponível em www.inspiracaocartografica.blogspot.com. Este espaço foi utilizado, ainda, para registrar as intensidades reflexivas, afetivas, racionais e emotivas que nos mobilizaram enquanto pesquisador. Na composição do diário, pensamentos soltos, rascunhados ao longo do tempo,

foram retomados e agrupados com as anotações feitas durante os encontros com os agentes comunitários e entre eles. Este extra-texto, quando apresentado ao longo da dissertação, convida o leitor a acompanhar o processo de transformação de nossas inquietações com a problemática em curso em uma escrita de cunho acadêmico, revelando também a forma como algumas questões nos atravessam em campo e exercem influência sobre nossa forma de pensar e executar esta pesquisa.

A importância que atribuímos ao diário faz com que ele compareça ao longo do texto em um formato pouco convencional. Além da presença dos blocos de diários, é importante frisar ainda dois pontos referentes à nossa política narrativa. Primeiro, ela se inspira no processo de montagem de uma peça de teatro. Por isto, o texto foi estruturado a partir da construção de cenário, montagem de cenas, preparação de atores, apresentação de um personagem que será central nos três grandes atos e nas cenas que seguem. Segundo, no texto se presentificam tanto uma forma descritivo analítica – característica dos modos mais tradicionais de escrita de trabalhos acadêmico-científicos; quanto a forma ensaística – conforme proposta defendida por Adorno em “O ensaio como forma” (2003). Optamos por isso por acreditarmos que

o ensaio não segue as regras do jogo da ciência e da teoria organizadas, segundo as quais, diz a formulação de Spinoza, a ordem das coisas seria o mesmo que a ordem das idéias. (...). Ele se revolta sobretudo contra a doutrina, arraigada desde Platão, segundo a qual o mutável e o efêmero não seriam dignos da filosofia (ADORNO, 2003, p.25).

Tais características apontam para o ensaio como um caminho possível para organizar parte das reflexões suscitadas pelo campo.

Em nossa investigação encontramos uma inadequação entre as propostas formativas costumeiramente desenvolvidas para com os agentes de saúde e as especificidades próprias da função. Apontamos isto a partir da discussão das diretrizes nacionais que irão pautar os cursos técnicos de agentes. Nosso estudo também mostrou que a competência dos agentes da qual podem advir as maiores contribuições para o processo de reforma psiquiátrica é a transformação do capital social que possuem em vínculos a serem usados na construção de projetos terapêuticos. O contato intenso com as questões que permeiam o cotidiano de trabalho dos agentes, também indicou que parte significativa das potencialidades e das fragilidades ligadas à construção, manutenção e utilização destes vínculos estava relacionadas aos distintos afetos que o território suscitava nestes trabalhadores. Por isso, fomos convocados a pensar as relações afetivas entre os agentes de saúde e a população por eles atendida.

Para análise desta questão, utilizamos a filosofia de Baruch Spinoza. Neste sentido, nossas conclusões apontaram que os encontros alegres, em que ocorre a expansão da potência de vida, são aqueles que mais produzem efeitos de desinstitucionalização da loucura. Diante disto, argumentamos a favor da criação de espaços de partilha e troca de experiências, a fim de que a dimensão da afetividade presente no trabalho possa ser debatida e utilizada como modo de qualificar o trabalho e não de impedi-lo.

1. CONSTRUINDO UM CENÁRIO

...No semestre passado, a discussão teórica do grupo de pesquisa era sobre cartografia e etnografia. O recorte que mais me interessou diz respeito ao diário de campo: usos, funções, conteúdos e outras coisas do gênero. Valendo-me do diário de pesquisador, tenho interesse na questão de como uma vivência da ordem do pessoal, do meu interesse pequeno, pode ser usada para pensar algo a mais. Porém, não quero que o meu diário vire um espaço de catarse egóica. Não. Acho que isso não é legal. Em meio a leituras bem improdutivas, achei umas passagens bem interessantes sobre esse assunto: “Manter a experiência em um nível individual, sem desdobrar suas conseqüências, é que seria limitar-se, qual Sartre, a um plano do subjetivo constituinte, atenuando virtuais poderes de perturbação. (...) A esse respeito Eribon (1996) ressalta as repetidas referências de Foucault a experiências transformadoras, envolvendo relações com os outros, inserções na vida cultural, engajamentos políticos, confronto com normas institucionais etc (p.36.” Foucault, sempre Foucault. Acho que isso me deu boas ideias, pelo menos sobre o que evitar, e também abre um caminho para seguir pensando....[Porto Alegre, terça feira, 27 de Junho de 2010]

De acordo com a exposição de Amarante (1995), no período compreendido entre abril de 1978 e janeiro de 1985, a luta do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – principal forma organizada de militância por mudanças no campo da assistência à população em sofrimento mental no contexto brasileiro – esteve pautada por reivindicações de melhoria das condições assistenciais aos pacientes; denúncia dos interesses econômico-ideológicos que perpassam a prática médico-psiquiátrica; mudanças nas formas de gestão dos recursos públicos; melhoria nas condições de trabalho; desenvolvimento de mais ações de cooperação interinstitucionais; investimentos para a construção de infra-estrutura estatal de assistência em saúde, ao invés de compra de serviços junto ao setor privado; implementação de uma política pública de saúde, dentre outros.

Um documento elaborado pela Comissão de Saúde Mental do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde, datado de 1980, o qual trata das condições assistenciais ofertadas aos pacientes psiquiátricos no país, permite apreender a precariedade a que estavam submetidos usuários e trabalhadores do campo da assistência psiquiátrica. O texto denuncia a função de patologização de problemáticas sociais e os riscos da mercantilização no campo da saúde mental (CEBES, 1980/2008). Estas denúncias são sustentadas, dentre outros argumentos, a partir de estudos de material feito pelos técnicos do Hospital Colônia Juliano Moreira, sediado

no Rio de Janeiro, ocorridos no ano de 1974. O documento noticia com muita clareza a forma como eram tratados os pacientes.

Para citarmos apenas mais um dado, tendo em vista o número exaustivo de problemas apontados, boa parte dos pacientes não via um médico havia mais de dez anos, o que dá indícios do descaso da instituição em relação à recuperação dos pacientes (CEBES, 1980/2008, p. 184).

O texto segue de modo igualmente incisivo quando aponta o que seria uma “hipótese plausível” para a explicação de tal fato. “As instituições de saúde, a psiquiátrica em especial, ao tomarem para si esses marginalizados, enquanto doentes, exime a sociedade da responsabilidade de sua produção” (CEBES, 1980/2008, p. 187). Ao naturalizar completamente uma questão que também é da ordem social, as instituições de saúde e o saber médico em particular, por seu estatuto ordenador dentro destas, além de se desresponsabilizarem, ainda acolhem e dão destino a uma quantidade considerável de indivíduos que se encontram dispersos no tecido social. A compreensão deste posicionamento, que evidencia a função tutelar e mercantil que a psiquiatria pode exercer para com a loucura, é de fundamental importância para o entendimento das razões que levaram o movimento nacional a ser conceitualmente inspirado na Psiquiatria Democrática Italiana (BASÁGLIA, 1991).

...Talvez ter crescido com um louco de pedra na família tenha feito de mim um sujeito mais tolerante com aqueles que não se fazem compreender. Contudo, ao adentrar naquele hospital, não mais como a criança assustada com aquele lugar estranho onde o Tio P. estava internado, mas como um cuidador técnico dos corpos que ali estavam, uma sensação estranha me invadiu. Aquelas pessoas - em sua maioria, pobres, pretos, ou “quase pretos de tão pobres” - sem famílias, ali agrupados e submetidos a condições materiais de vida precárias me interrogavam tanto no plano da ética quanto no da técnica. Afinal, enquanto psicólogo, como me posicionar frente àquele mercado de corpos? Corpos despídos de seu valor, corpos infames? Sujeitos? Cidadãos? Talvez. Nem sei... [Natal, 18 de agosto de 2008]

Sob influência dos escritos de Michel Foucault, das correntes do movimento institucionalista francês e de diversas experiências em curso em toda a Europa, Franco Basaglia desenvolveu uma crítica teórico/prática a partir da qual seriam erigidas as diretrizes do seu trabalho em Trieste, na Itália. Este questionamento se deu em três planos distintos. No primeiro, era mantida a problematização sistemática às formas sutis, multidisciplinares e

capilares pelas quais se constroem - e se mantêm atualizadas - um conjunto de práticas sociais de exclusão e violência para com a loucura. Em um segundo plano, o foco era a função ideológica exercida pelos discursos técnico-científicos na medida em que eles consolidam a supremacia dos especialistas no trato com a loucura. Já no terceiro, reconhecia-se que toda e qualquer transformação neste campo seria proveniente de práticas e lutas também nas esferas políticas e sociais, não sendo viável a redução da questão ao seu aspecto sanitário ou assistencial (AMARANTE, 1994). O intuito destas problematizações era promover mudanças no modo como a sociedade vinha se relacionando com a loucura. Este trabalho partilha destes mesmos intentos, pois, ao se propor a pensar efeitos de desinstitucionalização da loucura, estamos colocando em questão a histórica relação de tutela e controle desenvolvida socialmente no trato com a loucura.

...Afiml, de quem estamos cuidando aqui neste lugar? Dos que estão aqui dentro ou dos que estão lá fora? Ao abrigarmos estas pessoas, mantemos a ordem do mundo lá fora, mas a que custo? Se “uns masculinos, uns femininos, uns assim, uns meus, uns teus, uns ateus, uns filhos de Deus” por que estes corpos precisam ser tão marcados assim? Isso é cuidar? Cinco anos de graduação para fazer isso que a Polícia Militar poderia fazer tão bem? [Natal, 10 de setembro de 2008]

Em seus trabalhos e escritos, Basaglia demonstra como o foco do tratamento dos indivíduos é construído em relação à doença mental e não ao sujeito em sofrimento. A loucura, quando nomeada e destinada ao saber médico será indelevelmente associada à imprevisibilidade e à periculosidade dos comportamentos. Decorre disso que o lugar social atribuído ao louco passe a ser o da exclusão, tendo a hospitalização, a contenção química e o isolamento do indivíduo como recursos “terapêuticos” privilegiados. O movimento italiano deu visibilidade às formas como um conjunto de práticas discursivas e não discursivas sobre a experiência da loucura se sobrepuseram à vivência material de um indivíduo em sofrimento.

O fato do foco não estar no sofrimento do indivíduo, mas sim no conceito teórico da doença mental é algo que se manifesta materialmente na vida diária destes sujeitos na medida em que os impede de ter acesso ao mercado de trabalho, diminui a circulação destes pelas cidades e os impossibilita de administrar seus próprios bens (SEVERO & DIMENSTEIN, 2009). A criação, consolidação e difusão da instituição loucura e sua terapêutica correlata, a psiquiatria, são aqui identificadas como responsáveis pela naturalização da exclusão sistemática de uma parcela considerável de indivíduos do corpo social. É justamente esta

vertente institucional, este mandato social de excluir delegado a um conjunto de técnicos e cientistas que o movimento de reforma italiano toma como alvo de crítica e como objeto para reformulação. Neste ponto, é imprescindível ressaltar que

(...) a negação da instituição não é negação da doença mental, nem a negação da psiquiatria, tampouco o simples fechamento do hospital psiquiátrico, mas uma coisa muito mais complexa, que diz respeito fundamentalmente à negação do mandato que as instituições da sociedade delegam à psiquiatria para isolar, exorcizar, negar e anular os sujeitos à margem da normalidade social (ROTELLI, AMARANTE, 1992, p.44).

Desinstitucionalizar implica, pois, um movimento para tentar desmontar a estrutura institucional de saberes e práticas que sustentam a identificação da loucura com a doença mental. É enfrentar, no cotidiano da vida, os efeitos decorrentes da apropriação da experiência de des-razão pelo saber médico psiquiátrico (ALVERNGA & DIMENSTEIN, 2005).

Ontem passei o dia inteiro trabalhando textos que tratavam do tema da desinstitucionalização. Lá pelas tantas, aquilo foi me dando um aperreio nas idéias, uma vontade de mudar que acabou sendo canalizada para a reorganização das pastas no computador. Engraçado, pois pensando sobre o quanto eu fiquei mobilizado com tudo aquilo, me dei conta de estes textos têm 'um quê' de panfletário que me agrada muito. O texto do Rotelli, por exemplo, tem umas frases que eu adorei. Eu acho que a prática vence sempre a ideologia, fantástico!!!! Isso vem bem a calhar com 'um quê' de revolucionário que ainda habita meu corpo. O texto do romance de formação do sanitarista do Gastão Campos, diz um pouco disso. Ele argumenta que o movimento sanitário, mesmo tendo adentrado a administração pública, ainda permaneceu enquanto movimento social - ainda que, agora, isso aconteça dentro do serviço público, na gestão e na universidade. Ah, não posso esquecer de mostrar os textos do manicômio para Rafa, ela há de gostar [Porto Alegre, 28 de Abril de 2010].

Isso implica processos subjetivos complexos e evoca, por isso mesmo, uma intervenção que extrapola, em muito, as medidas jurídicas e estruturais que também se impõem.

Podemos definir a tarefa da desinstitucionalização como incessante questionamento dos valores que atribuímos às nossas formações culturais, constante potencialização dos movimentos críticos às formas dadas que aparecem como naturais e incansável disposição à produzir o novo, resgatando o devir criador de cada um de nós (PAULON, 2006, p.14).

O trabalho para promover a desinstitucionalização demanda uma reorganização das práticas, dos saberes, dos modos operativos que são sim beneficiados por um aparato legal, na medida em que este cria condições favoráveis para que o trabalho aconteça. Contudo, a criação de condições favoráveis não é equivalente à condição suficiente para que as mudanças se processem. Como resumem Rotelli e Amarante (1992):

ainda mais importante do que os planos nacionais e as leis, que têm a sua importância e a sua eficácia, são os trabalhos práticos de implementação de novas experiências que demonstrem e comprovem ser possível prestar atenção psiquiátrica diferenciada, sob novos modelos de cuidado, sem necessidade do asilo, do hospital, da violência, da discriminação, da segregação; que demonstrem ser possível uma prática psiquiátrica que crie novas dimensões, novas subjetividades, que produza vida e não morte. (p. 50)

Tais questões, de difícil manejo por si só, acabam se tornando ainda mais difíceis no Brasil,

aonde miséria, fome, desnutrição, mortalidade infantil, criminalidade e empobrecimento da população, por um lado, e vulnerabilidade política e econômica, brutalização, condições éticas, desinformação, individualismo e produtivismo, por outro, ajudam a perpetuar problemas estruturais educativos, culturais, sociais, políticos e econômicos, já naturalizados em estatísticas de desigualdade social. (OLIVEIRA, AMARANTE, PADILHA 2010, s/p).

...Ainda que a palavra politicamente correta para designar o lugar fosse unidade de resíduos recicláveis, o cheiro que tomava conta do ambiente era de lixo mesmo. O fato estava consumado: eu me tornara o psicólogo residente da unidade de saúde em uma comunidade cuja principal atividade econômica era a reciclagem. Aquele frio no estômago mais uma vez. Eu até conseguia pensar como atuar enquanto cidadão dentro daquele espaço, afinal, a questão da falta de direitos básicos era tamanha que não restavam muitas dúvidas sobre o que fazer. Entretanto, a pergunta sobre a serventia dos meus conhecimentos técnicos naquele lugar seria algo do qual eu não poderia me eximir... [Porto Alegre, 20 de fevereiro de 2011].

Em 1989 houve uma intervenção municipal na Casa de Saúde Anchieta, localizada na cidade de Santos (SP). Nela vemos um enfrentamento radical do manicômio enquanto espaço privilegiado, senão único e exclusivo, para o tratamento da loucura. Este serviço funcionava em condições precárias, tendo como recursos terapêuticos básicos eletrochoques, camisas de força, confinamentos em solitárias, humilhações e outros modos mais ou menos sutis de violência. Os jornais da época se referiam ao lugar como “Casa de Horrores”. Uma intervenção do governo municipal fechou-a, e estruturou, em seu lugar, uma rede

diversificada de serviços. As diretrizes que regiam o funcionamento dos novos serviços refletiam o repúdio contra as formas de violência institucional exercidas em nome de uma suposta terapêutica, bem como, o desejo de se construir uma sociedade sem manicômios. Atenção territorial, não violência, não humilhação, dignidade e liberdade: estas eram as normas que deveriam regular a atenção em saúde mental nos serviços que acabavam de ser criados na baixada santista.

Inaugurou-se, a partir da experiência de Santos, uma nova orientação política, desinstitucionalizante, em saúde mental, centrada na desconstrução do modelo manicomial. Foi montada uma sofisticada estrutura de serviços, dispositivos e estratégias que, baseadas na concepção de território, passariam a promover cuidado, acolhimento e inclusão, contrapondo-se ao modelo vigente que promovia exclusão e não evitava o abandono e a violência. Passou-se a preconizar serviços ‘substitutivos’ e concretizou-se a criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial - NAPS, protótipos do novo modelo assistencial (OLIVEIRA, AMARANTE, PADILHA 2010, s/p).

Na experiência de Santos foi possível visualizar com muita clareza a perspectiva da desinstitucionalização, entendida como “um conceito norteador, compreendido como proposta de mudança cultural, de transformação de uma mentalidade arraigada de exclusão do diferente, onde o louco e outras pessoas em estado de sofrimento psíquico se incluem entre os mais diferentes” (OLIVEIRA, AMARANTE, PADILHA 2010, s/p).

Estas e outras experiências ocorridas na mesma época pelo país exerceram papel inspirador na construção dos Centros de Atenção Psicossocial – dispositivos técnico-assistenciais que têm sido tomados pelo Ministério da Saúde, e por parte dos militantes do movimento de reforma psiquiátrica, como maior indicativo de sucesso do processo de reforma psiquiátrica (BRASIL,2010a; BRASIL,2010b; BRASIL, 2009c). Contudo, como já ressaltamos acima, ao tomar como norte a desinstitucionalização da loucura, não é possível resumir a questão da reforma apenas ao campo técnico-assistencial. As lutas, enfrentamentos dos modos mais tradicionais de se prestar cuidados no campo da saúde mental, bem como, as inovações, transgressões, conquistas e experimentações compõem uma práxis (YASUI, 2010). Trata-se de algo produzido na experimentação/interação do homem com o seu ambiente, produção esta, pela qual tanto o homem quanto o meio externo são modificados e que pode resultar em produção de conhecimento. Por esta perspectiva, a reforma psiquiátrica seria uma: “Práxis que vem sendo construída por profundas transformações, as quais constituem um novo olhar para a loucura, redefinindo e elaborando conceitos que orientam a construção de uma nova estratégia e modalidade de cuidado (YASUI, 2010, p.114)”. Alinhados a este autor

passaremos a designar por Estratégia de Atenção Psicossocial, doravante EAP, este conjunto de conceitos produzidos pelo movimento da reforma.

A EAP é uma tentativa de traçar preceitos operativos que dêem conta da tarefa de desinstitucionalização. Assim, a EAP parte do entendimento de que o par saúde-doença é resultante de processos sociais múltiplos e, por isso, demandam uma abordagem interdisciplinar e intersetorial. Com isto ela recoloca a existência de sofrimento, e as condições materiais de produção deste, como foco do tratamento. O trabalho visa produzir práticas terapêuticas que possibilitem a inclusão, em espaços de convivência da cidade, de indivíduos que historicamente vêm sendo alvo de forte exclusão social, estigma e preconceito. Ela aposta na construção de uma diversidade de dispositivos de atenção integrados ao território em substituição aos antigos hospitais instalados em pontos distantes das cidades (YASUI, COSTA-ROSA, 2008).

Sob esta perspectiva, o sujeito em sofrimento é o alvo da intervenção, e não a doença. Seu entorno social, seu contexto de vida, trabalho e relações afetivas são tomados como fatores importantes para o processo de produção de cuidado. A medicação passa a ser mais um recurso, e não um artefato diante do qual todos os demais têm importância menor. Outras formas de atenção e cuidado são produzidas. Nestas se preza pela interdisciplinaridade, pelo intercâmbio, pela mistura, pela mixagem de diferentes saberes e práticas, de modo a construir uma intervenção que considere a complexidade dos problemas relacionados à experiência da loucura. Um ponto nodal para esta nova concepção terapêutica é a construção de redes sociais de suporte nas quais o indivíduo possa se amparar.

A aposta é no aumento do poder de contratualidade dos sujeitos, de modo que indivíduos em sofrimento mental possam construir laços, participar da vida cotidiana, circular nos mais diversos espaços da cidade – indo além do itinerário casa-hospital-casa (SARACENO, 1996). Em tempo, contratualidade diz respeito à capacidade do indivíduo de realizar suas trocas afetivas e materiais dentro do meio social. Os hospitais psiquiátricos são espaços onde o nível das trocas é muito baixo, devido, dentre outros fatores, ao caráter assimétrico das relações que lá se estabelecem (GOFFMAN, 1974). A partir deste entendimento, aumentar o poder de troca e a circulação dos indivíduos são metas terapêuticas que se contrapõem ao isolamento característico do modelo psiquiátrico tradicional. A vida cotidiana e os laços sociais são valorizados e tornados centrais no processo terapêutico, o que permite definir a Estratégia da Atenção Psicossocial como eminentemente territorial e relacional.

Basaglia já defendia, em 1960, o fortalecimento dos vínculos existentes entre os usuários e os profissionais que atuam nos serviços. Ele apontava como fundamental a transformação dos modos de relação estabelecidos entre os técnicos cuidadores e os indivíduos em sofrimento mental, bem como com a sociedade em geral. O autor também defendia o reordenamento das posições, dos papéis e mesmo das motivações que se apresentam no ato de cuidar.

Em tempos de guerra, é preciso saber com quem se alinhar. Escutando o C. - coordenador da Saúde Mental do complexo hospitalar em que minha residência se insere - falar, tenho certeza de que é preciso dar um jeito de conseguir mais adesão dos psiquiatras para o movimento da reforma. É pouco estratégico fazer a reforma sem os psiquiatras. Eles têm força política e poder de barganha. Será que os médicos de família e comunidade poderiam ser bons aliados? Eles parecem mais permeáveis às nossas questões. É uma ideia. Contudo, enquanto a aproximação não acontece, tenho achado válido juntar esforços dos que já estão imersos em campo. Vendo a R e o A (agentes de saúde) aqui da unidade; pensando no lugar ocupado por eles, na sua imersão territorial, na capacidade de comunicação e de difusão de informações deles aqui dentro da comunidade, as visitas que eles fazem às casas dos indivíduos – identificando situações que não chegam ao serviço, bem como, acessando recursos para a produção de saúde que estão invisíveis aos outros trabalhadores – vou ratificando minha ideia de que eles podem ser atores importantes na consolidação da estratégia de atenção psicossocial.[Porto Alegre, 05 de Março de 2011].

Pensar em outros atores é fundamental, pois Yasui (2010) quando apresenta e defende a proposta da Estratégia de Atenção Psicossocial (EAP) é muito enfático ao ressaltar que, por se tratar de uma estratégia, sua proposta diz respeito a um modo de trabalho, uma combinação adequada de recursos presentes em um determinado contexto com o intuito de “provocar, proporcionar, produzir ou construir um processo de transformação (YASUI, 2010, p.115)”.

Por conta disto, retomaremos agora algo que foi fundamental na proposta de desinstitucionalização da loucura na Itália e que também esteve presente nas experiências inovadoras da assistência em saúde mental no contexto nacional. Trata-se de uma noção que é uma das bases da adoção do paradigma de promoção de saúde, implementado nos país pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2007); e, que mais recentemente, vem sendo retomado pela Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004c) como modo possível de

qualificar a assistência prestada pelo SUS: o conceito de território e suas relações com a produção de saúde.

1.1.Oficina um: territórios vivos e usuários demasiado humanos

Entender território como um recorte espacial de limites bem definidos pode ser de grande valia para a organização de determinadas ações de saúde. Delimitar um distrito sanitário, uma área, ou uma micro-área pode ser útil para definir responsabilidades, traçar limites e avaliar os resultados das ações. Afinal, “o território é sempre um campo de atuação, de expressão do poder público, privado, governamental e, sobretudo, populacional. (MONKEN e BARCELOS, 2007, p.188)”. Contudo, para o campo da saúde, vale a pena adentrar um pouco mais nos meandros e melindres deste conceito.

Território foi uma referência central no trabalho do geógrafo brasileiro Milton Santos (1926-2001), que o tomava como o dado essencial para o entendimento da vida cotidiana (SANTOS, 2007). Longe de ser pensado apenas como um recorte estanque de espaço, com limites bem definidos, nos trabalhos deste autor território é uma peça chave usada nas análises tanto na rede urbana de pequenos municípios do interior da Bahia, quanto no entendimento das características geopolíticas dos países subdesenvolvidos na América Latina (SANTOS, 2004). Ele define o território como sendo

um conjunto de sistemas naturais e artificiais, junto com as pessoas, as instituições e as empresas que abriga (...). O território deve ser considerado em suas divisões jurídico-políticas, suas heranças históricas e seu atual conteúdo econômico, financeiro, fiscal e normativo. É desse modo que ele constitui, pelos lugares, aquele quadro da vida social onde tudo é interdependente (SANTOS, 2002, p.84).

É importante sublinhar que esta noção ressalta a dinamicidade do território. Para além daquilo que nele é fixo, daquilo que se mantém estanque, há também uma série de fluxos, de movimentações - pessoas, mercadorias, serviços, afetos, códigos e costumes - regidos por regras de uso compartilhado e que expressam uma configuração singular daquele espaço. Neste sentido, pensar no território é pensar em como se desenvolvem os modos de vida em um dado lugar, como se criam e se solucionam problemas em um dado contexto, enfim, pode ser uma via para pensar os processos de produção de saúde e de adoecimento em uma dada realidade. O território é algo vivo, dinâmico, relacional, no qual a vida cotidiana acontece.

A constituição de serviços de saúde territorializados – proposta central dentro da Política Nacional de Atenção Básica – insere os profissionais no dia a dia das famílias, em um campo do não controlado, do inusitado, onde atuam múltiplos determinantes. No território se engendram hábitos, crenças, histórias e modos de vida que podem ser produtores de saúde ou de adoecimento. Podemos pensar tais engendramentos como distintas lógicas de funcionamento que precisam ser consideradas no que diz respeito às ofertas e recursos de saúde em um dado contexto. Enquanto lugar sujeito a múltiplos determinantes e múltiplas forças, é urgente demarcar que nele estarão presentes inúmeras lógicas, inclusive “aquelas que podem promover sujeição e dominação, distintas daquelas que desejamos implementar” (YASUI, 2010, p. 125). Não há dúvidas de que prestar cuidados a partir deste entendimento de território complexifica ainda mais o trabalho em saúde. Contudo, em decorrência disto, ele expande significativamente a rede de recursos e relações terapêuticas possíveis – condição fundamental do trabalho na perspectiva da Estratégia de Atenção Psicossocial.

O reconhecimento dos benefícios de uma organização em saúde pela via territorial é algo que o Sistema Único de Saúde já carrega consigo desde sua origem. Seguindo as recomendações da Organização Mundial de Saúde presentes na Declaração de Alma Ata (1978), a atenção primária foi utilizada como eixo estruturante do nosso sistema de saúde. A OMS (2008) vem apontando que este tipo de organização favorece a conquista da universalidade; possibilita o acompanhamento do usuário dentro do seu contexto de vida e cria condições para a continuidade do cuidado; contribui para a integralidade, na medida em que possibilita a oferta de um leque de respostas a um vasto número de riscos e doenças das populações, além de facilitar o acesso pela proximidade espacial dos serviços. Segundo as avaliações que a própria OMS tem feito, as respostas oferecidas pelos sistemas estruturados desta maneira propiciam um aproveitamento mais racional e produtivo dos recursos financeiros e humanos (STEIFIELD, 2002; OMS, 2008).

No que diz respeito especificamente às questões de saúde mental, um trabalho recente realizado na Organização Mundial de Médicos de Família¹, defende que:

integrating mental health services into primary care is the most viable way of ensuring that people have access to the mental health care they need. People can access mental health services closer to their homes, thus keeping their families together and maintaining their daily activities. In addition, they avoid indirect costs associated with seeking specialist care in distant locations. Mental health services delivered in primary care minimize stigma

1 A Organização Nacional dos Médicos de Família é uma instituição que reúne profissionais médicos e também instituições de formação com o intuito de discutir os aspectos relacionados com a prática da medicina familiar. Maiores informações podem ser obtidas no site <http://www.globalfamilydoctor.com/>

and discrimination, and remove the risk of human rights violations that occur in psychiatric hospitals. And, (...) integrating mental health services into primary care generates good health outcomes at reasonable costs. (WHO/WONCA, 2008, sec. 2, par VII).

No Brasil, a resposta organizativa produzida para a oferta de atenção primária em saúde foi a estruturação do Programa de Saúde da Família, foco central de ação da Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (BRASIL, 2007). Tal proposta começa a ser operacionalizada no país em 1991, pela via do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Este tinha um caráter emergencial e transitório, funcionando sob a lógica da “prevenção, voltada à informação de noções básicas de higiene para o atendimento materno infantil e controle através de registro da população atendida por visitas domiciliares” (LIMA e MOURA, 2005, p. 116). Esperava-se que os agentes de saúde fizessem visitas regulares de acompanhamento às famílias e que, ao detectar problemas, encaminhassem a questão aos profissionais que os coordenavam.

A PNAB (BRASIL, 2007) preza por uma atuação dos profissionais de saúde em perspectiva interdisciplinar, incentivando ações conjuntas onde os saberes e as especialidades se entrecruzam e, também, um relacionamento com a clientela pautada na escuta das suas necessidades, para além da oferta de respostas técnicas pré-elaboradas (JUCÁ, NUNES E VALENTIM, 2007). Devido ao seu papel privilegiado no que diz respeito às condições para modificação do modo como se processa o agir em saúde, pelo posicionamento estratégico dele em relação à consolidação dos ideais da orientação do sistema de saúde pela via da atenção primária, o Programa de Saúde da Família sofre uma mudança de nomenclatura, passando a ser, então, denominado de Estratégia de Saúde da Família - ESF.

Por tudo isso, e ainda pela perspectiva da capilaridade decorrente da inserção territorial; da relevância atribuída aos vínculos entre profissionais de saúde e comunidade; do desenvolvimento de ações em perspectiva intersetorial; pela prerrogativa da promoção de saúde e em função da tentativa de melhoria na qualidade de vida da população em geral, pode-se afirmar que há aproximações radicais nos ideais da atenção primária com aqueles almejados pela reforma psiquiátrica. As características da atenção básica que vêm sendo debatidas no âmbito da saúde coletiva no país endossam a proposta de que a atuação neste ponto do sistema seja uma via privilegiada para romper com a lógica hegemônica nos modos de atuar na saúde: verticalizada, individualista, centrada no médico, pouco resolutiva (SALES & DIMENSTEIN, 2009).

Um estudo bibliográfico realizado por Gama e Campos (2009) sobre a produção relacionada às experiências de articulação entre saúde mental e atenção primária, no período

de 1997 a 2007, aponta que existem efetivamente poucas experiências em curso, consistindo, estas, basicamente em momentos de capacitação e discussão de casos, atendimento psicológico, realização de atividades em grupo, criação de espaços de acolhimento, implementação de equipes de referência e de apoio matricial. Estudos como estes explicitam a necessidade de avanço na construção destas articulações, bem como de um maior conhecimento sobre os distintos atores que compõem o cenário da atenção primária.

Um apanhado da produção mais recente sobre o tema mostra ainda a mesma realidade: experiências incipientes – muitas delas associadas ao contexto de pesquisas acadêmicas – que não possibilitam a caracterização de uma articulação significativa em termos nacionais; constantes relatos de falta de diretrizes práticas para ação; profissionais a se declarar despreparados tecnicamente para lidar com as demandas do campo da saúde mental; não identificação de casos possíveis para intervenção no território e demanda constante por suporte – seja na forma de cursos de capacitação, seja pela via das supervisões. (FIGUEIREDO & CAMPOS, 2009; JUCÁ, NUNES & BARRETO, 2009; SILVEIRA & VIEIRA, 2009; TANAKA & RIBEIRO, 2009; DELFINE & GUIMARAES, 2009; LUCCHESI, et al, 2009; SCARDOELLI & WAIDMAN, 2011).

...Minha garganta ainda não aceitou o fato de que eu moro em um lugar frio. Ela tem marcado sua insatisfação de modos bem veementes. (...) hoje fui na emergência do Hospital de Clínicas em busca de uma solução rápida para a garganta protestando. (...) Eles trabalham com acolhimento e classificação de risco. Cheguei lá as 18:00. Fiquei vendo as pessoas e me dando conta de que o trabalho em saúde necessariamente é produtor de afetos. Não há como sair ileso dali. Havia todo um esforço por parte da equipe técnica em chamar as pessoas pelo nome, em mostrar interesse pelas histórias e acho isso absolutamente louvável. Não me parece adequado para ninguém continuar tratando a questão apenas no plano da técnica. As emoções fazem parte do trabalho em saúde. Um humano não costuma sair incólume da relação com outro. Aquelas vozes doídas, aquele choro de criança, o senhor que teve o derrame, o pai atrapalhado com a criança no colo, duvido que seja possível não se afetar com todas essas cenas. Vendo estes trabalhadores se esforçarem para serem "mais humanos" penso em que suporte eles precisariam para poder fazer isto com menos pesar. Afinal, frente a todos os problemas do SUS não dá pra chamar de desumano o sujeito que precisa trabalhar em três lugares, em condições bem difíceis, para conseguir pagar as próprias contas...[Porto Alegre, 07 de Julho de 2010].

Diante deste quadro é possível identificar desafios comuns à qualificação da atenção básica de um modo geral e à consolidação da Estratégia de Atenção Psicossocial no contexto mais específico da saúde mental, entre eles, a desvalorização e subutilização dos diferentes profissionais de saúde decorrente do predomínio do modelo biomédico de atenção; a fragmentação existente nos modos de organizar o trabalho; o reconhecimento das dificuldades dos profissionais em lidar com a dimensão subjetiva integrante do trabalho em saúde, bem como a insuficiência dos recursos investidos na qualificação dos trabalhadores, principalmente no que concerne ao incentivo à gestão participativa e ao trabalho em equipe. Compreendendo que tais questões não dizem respeito apenas ao campo específico da atenção primária ou mesmo da saúde mental, mas que representam boa parte dos desafios atuais para a consolidação do SUS, as tentativas de interferir neste cenário têm sido alvo de investimentos específicos do Ministério da Saúde, como pode ser visto na agenda da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS - PNH (BRASIL, 2004c).

Ao realizar uma análise do SUS em seus 20 anos, Pasche (2009) apresenta como principais desafios:

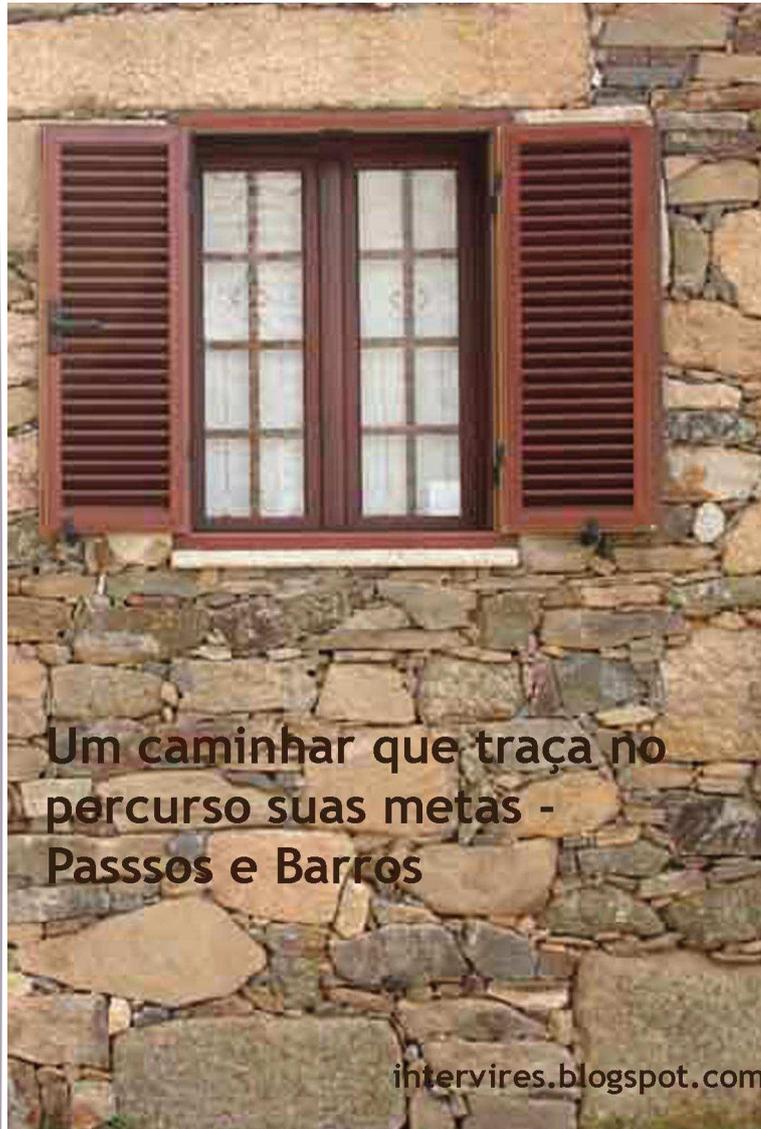
superação da cultura sanitária biomédica, que associa saúde a ação médica e acesso a remédio e hospital, concepção que permite a medicalização da vida; aporte insuficiente de recursos para o SUS (sub-financiamento); iniquidades no acesso; vazios assistenciais em muitos territórios; inexistência operacional de rede de atenção o que dificulta a continuidade dos tratamentos; ineficiência da atenção básica, ainda entendida como ação direcionada para população pobre (PASCHE, 2009, p.703).

A equalização do SUS aos seus princípios orientadores, de acordo com aquilo que a PNH vem defendendo, requer a consideração das seguintes necessidades: problematizar os modos de atenção e de gestão com o intuito de qualificar a assistência prestada; modificar a compreensão dos processos de saúde e doença, ampliando os determinantes dos mesmos; questionar as relações de trabalho e o modo como estas produzem formas específicas de atenção ao usuário; pautar a resolutividade da assistência e os modos como os usuários são acolhidos no Sistema de Saúde. (BRASIL, 2004b).

A PNH, em seu marco fundador (BRASIL, 2004b), reconhece as potencialidades da atenção primária, e traça como guia operacional para o trabalho neste ponto do sistema a necessidade de estruturação de planos de saúde, de projetos terapêuticos que incluam ações tanto preventivas quanto curativas. Em publicação mais recente (BRASIL, 2009b) dedicada especificamente a pensar a humanização na atenção primária, há uma preocupação em

demarcar a necessidade de que este ponto do sistema deve prezar pelas articulações intra e intersetoriais.

Pasche (2010b) aponta com simplicidade e precisão um ponto para o qual convergem as questões cruciais tanto do movimento de reforma psiquiátrica, quanto da qualificação do Sistema de Único de Saúde pela via da atenção básica. Segundo ele, a lógica da atenção primária segue uma orientação bem simples: “todo/a cidadão/ã tem o direito a uma equipe que lhe cuida, com a qual estabelece fortes vínculos terapêuticos, sustentáculo de processos de corresponsabilização no cuidado” (PASCHE, p.19). A vinculação como base para qualificação da assistência, e o território como conceito operador para as ações, eis algumas das apostas comuns à reforma psiquiátrica, atenção básica e PNH. São as articulações desta dupla aposta nestas três políticas do SUS que, para as finalidades do presente trabalho, interessa-nos aprofundar. Para tanto, escolhemos um personagem pela via do qual nosso olhar será traçado, a saber: o agente comunitário de saúde.



**Um caminhar que traça no
percurso suas metas -
Passos e Barros**

intervires.blogspot.com

**Um caminhar
que traça no
caminho suas metas
Passos e Barros**

2. APRESENTANDO UM PERSONAGEM

“De onde a gente tira estrutura pra lidar com esse povo? Porque a gente vive enganando o povo. Somos enroladores: obrigados a dizer que as coisas vão se resolver, que vai conseguir marcar consulta(...)” Neste momento, contam o caso de um paciente de PSF que foi referenciado há 8 anos atrás pra psiquiatria. No grupo de agentes, ninguém se espanta, ao contrário, emendam vários casos semelhantes. [Porto Alegre, 18 de Junho de 2010]

A figura do agente comunitário de saúde pode ser apontada como uma das maiores inovações no modo de organizar a saúde no país. Goulart (2009) ao apresentar o que seria a história da profissão dos agentes comunitários de saúde (ACS), aponta a categoria dos *feldsher* e das *feldshers* russos, surgidos no século XVII, como uma referência importante. Da Rússia, ela nos remete à China em meados do século XX, apresentando-nos aos *médicos descalços*. A inserção destes trabalhadores no sistema de saúde chinês seria um fato marcante e reconhecido mundialmente. Eles “eram geralmente camponeses que prestavam cuidados à saúde às suas comunidades no intervalo de seus trabalhos no campo (GOULART, 2009, s/n)”.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde teve início no ano de 1987, no estado do Ceará, onde o governo estadual cunhou o slogan “a saúde bate à sua porta”. Em 1991, depois de experimentações da mesma ordem em outros estados, a ação passou a ser implementada em todo o território nacional.

Na lei n.º 10.507 de 10 de Julho de 2002, que cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde, são descritos os requisitos necessários para se candidatar a função, sendo estes: “I) residir na comunidade em que atuar; II) haver concluído com aproveitamento curso de qualificação básica para a formação de Agente Comunitário de Saúde; III) haver concluído o ensino fundamental”. Trata-se de uma profissão de saúde, na qual a especificidade para atuação não é da ordem do conhecimento técnico-científica. Evidentemente este tipo de saber se fará presente no trabalho destes indivíduos, mas possuí-lo antecipadamente não se coloca como pré-requisito para a contratação – fato que demarca ainda mais sua posição singular frente à equipe de saúde.

...Uma pergunta simples pode acabar com o seu dia. Sim, estar no mestrado estudando agentes comunitários de saúde e não conseguir dizer, em uma conversa telefônica sobre o assunto, qual era a especificidade do trabalho dos agentes, o que faz deles trabalhadores em saúde, me rendeu alguns bons devaneios. Do mal estar frente à pergunta gerada, consegui,

ao menos, produzir um título para uma futura sessão do texto: O que sabem, os que não sabem?... [Porto Alegre, 10 de Outubro de 2010].

Não dispondo de uma formação acadêmica, nem mesmo tendo como requisito para sua atuação qualquer conhecimento técnico especializado prévio, os agentes foram a via pela qual se planejou executar parte das mudanças nos modos de se operar no novo sistema de saúde. A saúde agora “bate à sua porta”, o indivíduo que outrora era mais um morador do lugar foi promovido a cuidador, tornando-se co-responsável por parte dos cuidados assistenciais em saúde do território que habitava. Afinal, o que possuíam estes sujeitos para que estes fossem alçados à posição de cuidadores?

Lima e Moura (2005) respondem a esta pergunta com a afirmação de que o ACS é dotado de um capital social/relacional. Eles explicam:

as redes sociais informais e o estabelecimento de relações de confiança entre os participantes dessas redes permitem a estes usufruírem vantagens propiciadas por esse conhecimento. Um exemplo é a importância desse capital na obtenção de informações sobre o mercado de trabalho através de conversas informais com amigos, conhecidos ou parentes. (...) Ou seja, um capital relacional resultante de um conjunto de normas de reciprocidade, informação e confiança presentes nas redes de sociabilidade informais da vida cotidiana (LIMA e MOURA, 2005 p.113)

A possibilidade de que esta intrincada rede de relações seja tomada como um capital, trazendo vantagens a quem o possui, bem como que isto venha a ser tomado como objeto de uma especificidade profissional é algo controverso, contudo, no campo da administração este conceito tem ganhado maior relevância e destaque – principalmente no que diz respeito aos estudos das redes colaborativas (ARAÚJO, et al, 2010).

Um número significativo de textos – incluindo documentos oficiais do Ministério da Saúde – deposita sobre a estratégia de saúde da família e, muitas vezes, sobre a figura do agente comunitário de saúde a responsabilidade da tão ansiada mudança nos modos de produzir cuidado. Tomás (2002) atenta para os riscos contidos neste discurso. Ele nos alerta para o fato de que não devemos considerar o agente comunitário de saúde um super-herói. O autor combate a visão romântica do ACS e da atenção primária, que, ao serem tomados, como aparecem no discurso de muitos sanitaristas e defensores do SUS como “mola propulsora da consolidação do SUS” são muitas vezes sobrecarregados de expectativas e demandas que desresponsabilizam outros segmentos e profissionais igualmente fundamentais à melhoria do Sistema. Este entendimento gera uma distorção do papel do ACS, trazendo sobrecarga de trabalho e sofrimento para estes profissionais. O texto finaliza a discussão argumentando que

transformações sociais dessa magnitude são lentas e dependem do trabalho de todos os cidadãos.

Bornstein & Storz (2008), a partir de uma revisão da literatura referente à temática dos agentes comunitários de saúde, reforçam que não é possível delegar a um único nível do sistema de saúde, muito menos a um único ator social, a realização de uma mudança de tamanhas proporções. As autoras retomam a crítica ao “discurso mudancista” presente nos documentos oficiais, o qual, muitas vezes, mitifica o médico generalista e vê a simples inserção deste na atenção primária como suficiente para reestruturar toda a atenção. Elas ressaltam ainda que a atenção primária corre o risco de ser tomada – tanto por gestores, quanto pela população – como cuidado em saúde mais simplificado e destinado apenas à população de baixa renda. Nesse sentido, os agentes comunitários, por serem profissionais de baixo custo orçamentário e de incorporação quase imediata aos serviços e por exercerem função de ponte entre o território e a unidade de saúde podem ser tomados como recurso único para tal fim, ou seja, podem se tornar a via de execução de um projeto de gestão simplificador, de baixos custos e pouco resolutivo para a atenção primária em saúde.

“Às vezes, os pacientes contam pra gente coisas que não contam pro médico”. Os pacientes não confiam em alguns médicos como confiam em alguns agentes. Ao que parece o fato deles viverem ali, de terem vidas parecidas, problemas parecidos, favorece a criação de relações pautadas em confiança [Porto Alegre, 10 de Outubro de 2010].

A grande aposta neste personagem é a de que ele possa fazer a ponte entre o saber popular e o saber técnico especializado na construção de um projeto de cuidado que atenda às necessidades de um território específico, do qual o agente seria membro integrante e vasto conhecedor. No recorte específico da atenção em saúde mental, esta aposta ganha uma dualidade que não pode ser ignorada. Ao mesmo tempo em que o saber popular pode significar as experiências da loucura a partir de categorias diferentes da nosografia psiquiátrica, é também no saber popular que estão alojadas as concepções de loucura como sinônimo de violência e imprevisibilidade (JARDIM & DIMENSTEIN, 2007).

A proposta/aposta da função agente comunitário de saúde é a de que esse personagem/ferramenta trabalhe na construção de práticas orientadas pelo paradigma de promoção à saúde, razão pela qual seu capital social/relacional torna-se fundamental para uma execução ótima do seu trabalho, pois isso favoreceria o reconhecimento de recursos territoriais que estão fora do campo sanitário. Outra função deste personagem diz respeito à

articulação e à mobilização da comunidade em torno dos problemas que a afligem. Nogueira, Silva e Ramos (2000) consideram que a inserção desta dimensão mais política e social faria do ACS uma espécie de mediador social. Sendo esta função pensada como facilitadora da formação de

um elo entre os objetivos das políticas sociais do Estado e os objetivos próprios ao modo de vida da comunidade; entre as necessidades de saúde e outros tipos de necessidades das pessoas; entre o conhecimento popular e o conhecimento científico sobre saúde; entre a capacidade de auto-ajuda própria da comunidade e os direitos sociais garantidos pelo Estado (p. 10).

Essa função de mediação, entretanto, é problemática, na medida em que comporta o risco permanente de se estruturar na perspectiva de aumento do controle sobre os hábitos de vida da população, caso passe a ter um caráter vertical e disciplinador. A depender do modo como será realizada, a mediação corre o risco de assumir uma postura pedagógica e de convencimento, de substituição dos conhecimentos comunitários – primitivos e inadequados – por aqueles da equipe técnica de saúde, frutos do saberes científicos e, por isso, mais verdadeiros e eficazes para o ordenamento da vida e dos cuidados em saúde. “O caráter transformador da mediação se daria à medida que existisse um maior compartilhamento do conhecimento e maior permeabilidade dos serviços com relação às necessidades e demandas da população” (BORNSTEIN & STOTZ, 2008, p. 266).

Outro ponto nodal vinculado ao exercício dessa função mediadora diz respeito às contradições que ela cria para o ACS. Isso porque ela estrutura para o agente “por um lado, prestígio e poder junto à população de sua área de atuação e, por outro lado, desgaste ao absorver a pressão de pessoas da comunidade insatisfeitas com o serviço ou que procuram conseguir favorecimentos em termos de acesso” (BORNSTEIN & STOTZ, 2008, p.266).

Nunes *et al* (2002) utilizam a imagem da hibridez e da polifonia para caracterizar os agentes. A argumentação defendida é de que a prerrogativa de ser a ponte entre o saber de uma equipe técnica e de uma comunidade cria um híbrido, na medida em que é constituído a partir de múltiplas e distintas demandas que implicam em elaborações de posicionamentos vários.

Assim, enquanto a comunidade o inscreve em uma demanda de tipo predominantemente pessoal, a equipe de saúde espera do mesmo uma prática mais técnica e pedagógica. Os ACS, por sua vez, somam a expectativa de uma competência técnica a valores e conhecimentos que estão arraigados à sua cultura, e que entram em choque com aquela primeira, os quais algumas vezes nem eles próprios se sentem capazes de modificar em si mesmos. Observa-se que a posição do ACS é tanto mais difícil, porque é híbrida e de mediação (NUNES ET AL, 2002, p.1646).

Todas estas dificuldades não são tomadas aqui como impeditivas ao trabalho. Ao contrário, nelas reside o potencial de inovação do trabalho destes indivíduos. Certamente, ocupar este lugar tem muitas consequências. Conhecê-las, investigar o suporte necessário para que a potência contida nesta configuração tão peculiar se expresse é uma contribuição ainda necessária no campo da saúde coletiva. Nesse sentido, tem crescido muito a quantidade de estudos que enfocam esta categoria profissional, seus modos de atuação, seus limites, suas possibilidades, seus pontos de estrangulamento e suas rotas de inovação. A pesquisa que realizamos objetivou contribuir com os conhecimentos necessários para um melhor desempenho desta função paradoxal.

2.1. Oficina dois: mais do mesmo?

Diante de tamanha complexidade, a necessidade de estruturar e ofertar um curso técnico de formação para atuação como Agente Comunitário era uma proposta em discussão no Ministério da Saúde. Em 2004, ela acabou sendo incorporada na agenda da Política Nacional de Educação Permanente (BARROS, BARBIERO, IVO, SILVA 2010). Foram traçadas, então, diretrizes curriculares para estruturação do curso de Formação Técnico de Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2004b). Estas orientam uma estratégia formativa que tem como objetivo fazer com que os ACSs desenvolvam algumas competências.

A escolha pelo conceito de competência se justifica na medida em que ele diz respeito a conhecimentos teóricos, habilidades, atitudes, disposições e valores, os quais um indivíduo mobiliza no ato de realização de uma tarefa. Ruas *et al* (2005) afirmam que a penetração e evolução do conceito em questão no campo da administração estão intrinsecamente relacionada às mudanças no mundo do trabalho.

a configuração desse processo de transição inicia-se pela passagem do conceito de qualificação para o de competências, período em que a questão principal é a identificação das capacidades necessárias para atuar num certo tipo de tarefa e obter um desempenho superior. É período no qual as idéias de McClelland e Boyatzis são predominantes. Mais adiante, já nos anos 90, a nova dimensão do mundo do trabalho demanda a inclusão em seu contexto de novos elementos como a instabilidade, o evento, o momento da ação, para a combinação e mobilização das capacidades, pois é ali e somente ali, que se afirma e se coloca a questão da competência. Não se pode ser competente a priori afirmava Boerti (1995). É o período no qual vigoram essas idéias e também as de Zarifian (2001) (RUAS ET AL, 2005, p.10).

Ainda que a palavra competência tenha trânsito fácil em nosso cotidiano, sua apreensão conceitual no contexto específico da saúde coletiva, bem como sua utilização na

conotação que interessa às finalidades deste estudo requer um pouco mais de cautela. Fleury e Fleury (2001), após analisar os distintos usos do termo, tanto na tradição da administração americana, quanto na européia, definem competência como “um saber agir responsável e reconhecido, habilidades, que agreguem valor econômico à organização e valor social ao indivíduo (p. 188)”. Baseados na obra do francês Le Boterf, eles se propõem a destrinchar o sentido dos verbos presentes neste conceito. Os autores argumentam que a operacionalização do conceito de competência requer tomá-lo como sendo algo constituído de distintas dimensões. Sendo estas

Saber agir - Saber o que e por que faz. Saber julgar, escolher, decidir. Saber mobilizar recursos - Criar sinergia e mobilizar recursos e competências. Saber comunicar. Compreender, trabalhar, transmitir informações, conhecimentos. Saber aprender - Trabalhar o conhecimento e a experiência, rever modelos mentais; saber desenvolver-se. Saber engajar-se e comprometer-se - Saber empreender, assumir riscos. Comprometer-se. Saber assumir responsabilidades - Ser responsável, assumindo os riscos e conseqüências de suas ações e sendo por isso reconhecido. Ter visão estratégica - Conhecer e entender o negócio da organização, o seu ambiente, identificando oportunidades e alternativas (FLEURY & FLEURY, 2001, p. 188).

A proposição do Referencial Curricular para o Curso técnico de Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2004b) compartilha este mesmo entendimento na medida em que entende a competência como sendo a

capacidade de enfrentar situações e acontecimentos próprios de um campo profissional, com iniciativa e responsabilidade, segundo uma inteligência prática sobre o que está ocorrendo e com capacidade para coordenar-se com outros atores na mobilização de suas capacidades. (BRASIL, 2004b, p. 47).

Para tanto, o texto demarca que tal capacidade é algo passível de ser pensado a partir de três dimensões: o saber-fazer, o saber-conhecer e o saber-ser. Na literatura que debate os usos do conceito de competência – localizada principalmente dentro do campo da formação e gestão de recursos humanos – há uma tendência forte em reconhecer a dimensão do saber-fazer, do balizamento pela tarefa, como sendo um componente muito importante para obtenção de sucesso na realização de uma dada atividade (DUTRA, HIPÓLITO, SILVA, 2000; FLEURY & FLEURY, 2001; RUAS ET AL, 2005).

Há uma zona de confluência entre o uso da noção de competência em processos formativos e as Diretrizes da Política de Formação, defendidas pela Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2010a). As duas propostas estão ancoradas na inversão da premissa de que é preciso conhecer primeiro para interferir depois; nos dois casos, “formação

pressupõe o exercício prático de experimentação no cotidiano” (PASCHE, 2010, p. 68). Sendo assim, é possível afirmar que “o espaço por excelência de formação na área da saúde é a rede de serviços do SUS (PASCHE, 2010, p.68)”.

Uma perspectiva formativa orientada pelo conceito de competência acarreta, necessariamente, a valorização de aspectos como iniciativa, autonomia, protagonismo, inteligência prática e responsabilização. Ao considerar a capacidade de enfrentar criativamente as situações e acontecimentos do mundo do trabalho, a noção de competência explicita a impossibilidade de manter a cisão gestores/executores do trabalho. Diante das imprevisibilidades do território, o trabalhador será, necessariamente, co-gestor do próprio trabalho. Ele precisará utilizar estrategicamente os distintos recursos disponíveis para a produção de um ato de cuidado.

Competência é algo que só se atualiza em uma prática, não sendo possível mensurá-la fora da situação onde ela é mobilizada. Ninguém é competente *a priori*. Sendo assim, ao adotar esta perspectiva, “o cotidiano das atividades de trabalho (...) é concebido como um *locus* de produção de saberes e fazeres (BARROS & PINHEIRO, 2007, p.117)”. A inteligência prática necessária para o trabalho é algo que se aprende no dia a dia, no fazer diário das ações. Em tempo, por sabedoria prática, entendemos, “um saber conduzir-se frente às questões da práxis vital que não segue leis universais ou modos de fazer conhecidos *a priori*, mas desenvolve-se como *phrónesis*, isto é, como um tipo de racionalidade que nasce da práxis e a ela se dirige de forma imediata (AYRES, 2004, p. 20)”.

Retomando a dimensão relacional presente no conceito de competência, sublinhamos que, ao apontar “a capacidade para coordenar-se com outros atores”, tal dimensão do conceito reconhece a impossibilidade de um único indivíduo responder a todas as demandas do campo; nisso reside uma convocação ao compartilhamento de saberes e de responsabilidades frente a uma determinada situação mobilizadora. Para o campo da saúde, este conceito pode ser útil a fim de interrogar a fragmentação dos processos de trabalho. A lógica das competências aposta “sobretudo, num movimento contínuo de inovação e de aprendizagem coletivas, possível graças ao compartilhamento dos objetivos e resultados das ações” (BARROS & PINHEIRO, 2007, p.121).

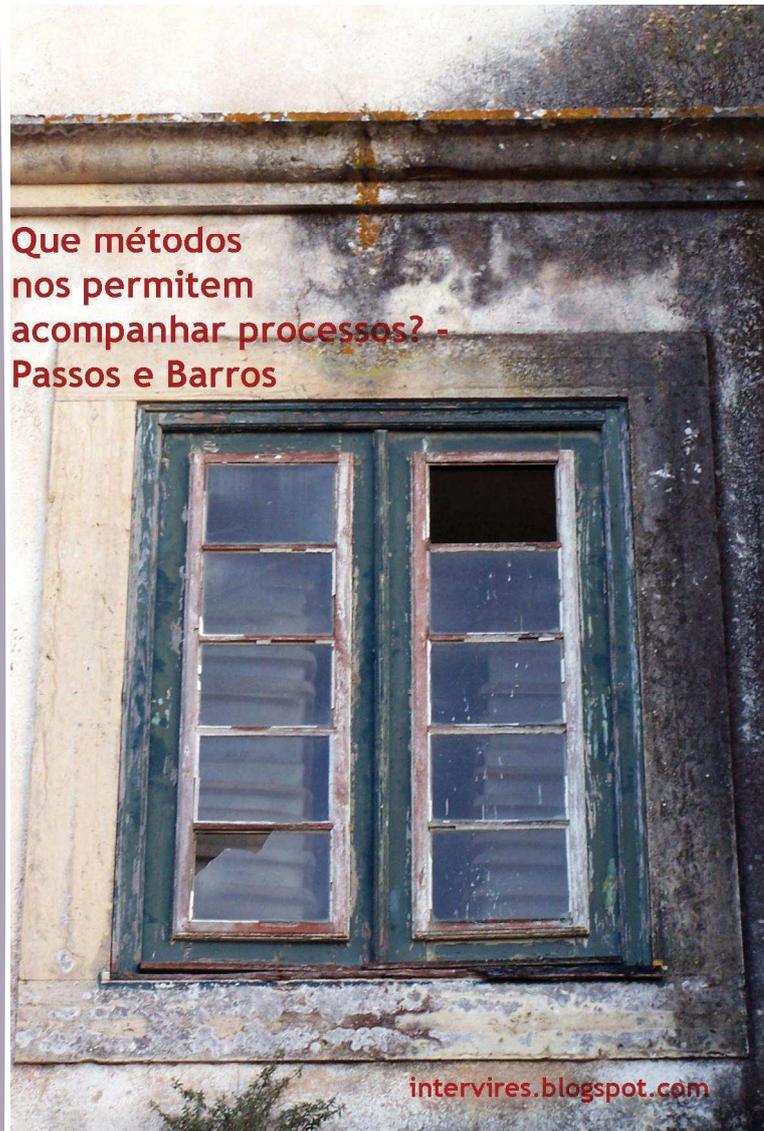
As propostas que demarcam essa zona de confluência questionam os binômios: apto/não- apto, capacitados/incapazes; especialistas/não-especialistas. Sustentar teórica e praticamente tal inversão não é tarefa simples, contudo, é uma aposta que vem sendo introduzida nos processos de formação conduzidos pela própria PNH e que também tem sido apontada como imperiosa por autores que se dedicam a pesquisar os processos de educação

dentro do campo da saúde coletiva e do SUS (CECCIM &FEUERWERKER, 2004; MATOS, 2004).

A função do agente, além de partilhar a imprevisibilidade dos demais trabalhadores da saúde, contém ainda a questão da hibridez que a caracteriza, fato que exige que seu processo formativo necessariamente inclua a habilidade de lidar com o imprevisível, com o inusitado e com a invenção cotidiana. Se esta afirmação já é uma realidade para o caso da saúde como um todo, torna-se ainda mais imprescindível no campo da saúde mental, espaço por excelência onde os trabalhadores são convocados a repensar suas práticas sob o risco de reproduzir, sob novas roupagens, velhas lógicas de aprisionamento, controle e cronificação (BARROS, 2003).

Diante de tudo isto, considerando: a) a necessidade do inadiável desenvolvimento de ações de cuidado em saúde mental dentro da atenção primária para o desenvolvimento das reformas psiquiátricas e sanitárias, bem como para o avanço de Estratégia de Atenção Psicossocial; e b) a orientação de desinstitucionalização da loucura como tratada aqui e, ainda as potencialidades e fragilidades presentes no trabalho do agente comunitário de saúde; sintetizamos assim a questão norteadora da presente pesquisa: quais competências as práticas dos agentes comunitários de saúde atualizam e que podem produzir efeitos desinstitucionalização da loucura? No desdobramento de tal problemática, os objetivos específicos foram desenvolvidos:

- ✓ Identificação das competências atualizadas nas estratégias de cuidado em saúde mental desenvolvidas pelos ACS;
- ✓ Experimentação de uma metodologia pedagógica capaz de desenvolver e potencializar as competências já presentes no trabalho dos agentes;
- ✓ Investigação de efeitos decorrentes da competência de verter capital social em vínculo;
- ✓ Problematização das relações afetivas entre os agentes de saúde e a população por eles atendida.



Que métodos
nos permitem
acompanhar processos? -
Passos e Barros

intervires.blogspot.com

**Que métodos
nos permitem
acompanhar processos?
Passos e Barros**

3. PREPARAÇÃO DOS ATORES

Destacamos que esta pesquisa é um recorte de investigação que faz parte de um projeto maior intitulado “Estratégias de cuidado em saúde mental na interface com a atenção básica: o trabalho dos agentes comunitários de saúde nas equipes de saúde da família (SILVA, PAULON, SALES, PICCININI, ZAMBENEDETTI, 2011)”. Esta pesquisa foi proposta para dar continuidade à pesquisa anterior – “Repercussões da Inclusão da Saúde Mental na Atenção Básica: um estudo comparativo em serviços de atenção básica do Rio Grande do Norte e do Rio Grande do Sul (SILVA, DIMENSTEIN, PAULON, NARDI E BRAVO, 2010)”, realizada no ano de 2008, a qual demonstrou entre suas conclusões a necessidade de ampliarmos os conhecimentos sobre o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. Ressaltamos que a presente pesquisa foi apreciada e aprovada tanto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul quanto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre.

No que diz respeito à inserção em campo, colheita de dados e aos procedimentos metodológicos, utilizamos os mesmos previstos para o projeto ao qual estávamos vinculados. O trabalho foi proposto à 75 ACS, vinculados às 18 equipes Estratégia de Saúde da Família do distrito sanitário Glória/Cruzeiro/Cristal do município de Porto Alegre. Segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, a Gerência Distrital em questão coordena as atividades de 12 Unidades Básicas de Saúde e 18 Equipes de Saúde da Família. Essa região, situada na zona sul da cidade, apresenta características sociais diferenciadas, que misturam algumas áreas de extrema pobreza e assentamentos irregulares com zonas de classe média.

Estruturamos a ida a campo em duas etapas. Na primeira, realizada durante o mês de julho de 2010, os participantes foram divididos em quatro grupos, com uma média de 17 participantes cada. Neste momento apresentamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e pactuamos a participação dos indivíduos na pesquisa. Ainda como parte da primeira etapa, foi realizado grupo focal a fim de: conhecer quais as demandas de saúde mental que os agentes enfrentavam; investigar quais eram as estratégias que desenvolviam para atender as demandas e qual suporte julgavam precisar para dar conta desta demanda. Dos 75 agentes convidados, tivemos um total de 70 com participação regular – não foram investigados os motivos de não comparecimento e não adesão ao trabalho. Esta etapa foi desenvolvida por uma equipe de quatro facilitadores, todos psicólogos, dentre eles o autor desta dissertação.

Na etapa seguinte, que se estendeu de agosto a novembro de 2010, foram realizados os encontros de formação, reduzindo-se a três o número de facilitadores. Estes foram estruturados em quatro blocos, a saber: 1º) devolução e validação do material produzido nos grupos focais, 2º) discussão sobre o trabalho do agente e a questão do álcool e outras drogas; 3º) discussão sobre HIV e a AIDS e 4º) levantamento de estratégias de cuidado em saúde mental. É importante ressaltar que as questões ligadas a HIV/AIDS não surgiram nos grupos focais, sendo incluídas devido ao pedido da Prefeitura Municipal de Porto Alegre e por estarem amparadas em dados epidemiológicos. Esta etapa teve um total de dezesseis encontros, com duração de três horas cada um, os quais serviram para produção de analisadores e como espaço de encontros e troca de experiências/experimentações realizadas no trabalho cotidiano dos agentes.

Importante frisar que o perfil socioeconômico do grupo com o qual trabalhamos, as estratégias de cuidado por eles desenvolvidas, as metodologias usadas na realização dos encontros de formação, bem como demais questões ligadas ao projeto maior serão trabalhadas em textos específicos destinados a estes fins. Nas páginas que seguem algumas destas questões aparecem de forma esporádica e tangencial, apenas com o intuito de subsidiar a discussão a cerca da questão norteadora desta pesquisa, que é: **quais competências as práticas dos agentes comunitários de saúde mobilizam e que efeitos produzem para a desinstitucionalização da loucura?**

A função de executor de todos os procedimentos metodológicos traçados para a investigação sobre as estratégias de cuidado em saúde mental presentes no trabalho dos agentes comunitários deixou nos em uma oportunidade muito interessante. Esta consistia em uma aproximação intensa dos modos como o trabalho destes profissionais era produzido cotidianamente. Mantendo conosco a indagação a cerca das competências atualizadas nas práticas desenvolvidas por eles, e buscando possíveis efeitos de desinstitucionalização decorrente delas, realizamos a pesquisa que será exposta nas cenas seguintes. O diário de campo foi a ferramenta específica para o desenvolvimento do trabalho que aqui apresentamos.

A condição peculiar de pesquisador, trabalhando um recorte específico dentro de um projeto maior acarreta um desafio de separação. Como o trabalho se dá sobre o mesmo campo, com um mesmo público e sobre as mesmas bases, como dizer das especificidades de cada processo? Como separar para apresentação, aquilo que em ato, se deu em conjunto? Em nosso percurso, o diário foi usado também com esta função. Ele nos ajudou a manter o foco em nossas indagações específicas, bem como de problematizar nosso fazer dentro do projeto maior. Recomendamos ao leitor que siga as pistas apresentadas nos recortes de diário, pois

neles estão as marcas de nossas inquietações específicas. No diário encontra-se, ainda, o registro da análise de nossas implicações, movimento pelo qual, nos esforçamos para dizer das diversas lógicas que nos atravessam enquanto pesquisador.

Isso de escrever acaba me obrigando a pensar. Precisei escrever a metodologia do meu projeto de qualificação. Cai em pilhas de café, chimarrão — e doces. Além de livros, textos e artigos soltos. Fui ler sobre pesquisa-ação, seu intuito conscientizador e tudo mais. Li também sobre pesquisa-intervenção, produção de analisadores, surgimento do novo, dimensão instituinte, e tudo mais. Essa leitura toda reverberou imensamente sobre o trabalho no grupo com os ACSs da semana. Fiquei desnortado por perceber que eu teria uma tendência a achar que aquelas pessoas precisam saber, precisam estar conscientes dos muitos determinantes que se presentificam em um simples ato de cuidado em saúde. Isso me causou um sentimento de estar mais filiado à pesquisa-ação. Ao mesmo tempo, tenho a sensação de que por esta via — não necessariamente da conscientização — podemos elevar as situações que ali se processam à categoria de analisador. Contudo, estou cada vez mais convencido de que para pôr uma instituição em análise é preciso tempo, um tempo que é marcado por diferentes ritmos já que a via que escolhi para questionar a instituição diz respeito ao modo singular como esta atravessa os diversos sujeitos no campo social [Porto Alegre, 15 de Novembro de 2010].

3.1 Forjando um método

É possível situar a Análise Institucional como uma das formas instrumentais de trabalho desenvolvidas dentro da concepção pós-estruturalista (PETER, 2000). De acordo com a perspectiva teórica da Análise Institucional, a sociedade funciona por lógicas contextuais datadas e não por determinações pré-estabelecidas, havendo ora a manutenção das estruturas sociais através do processo instituído, ora mudanças processadas a partir de processos instituintes (LOURAU In: ALTOÉ, 1993). Este referencial busca, então, compreender as forças que compõem a ordem vigente, rompendo com o embotamento desejante nos coletivos e gerando um movimento criativo de uma nova lógica social singular.

Diferindo das correntes institucionalistas anteriores no conceito de instituição, a proposta de Renée Lourau e George Lapassade, fundadores da Análise Institucional (AI), é ancorada na superação de dois entendimentos específicos deste conceito. Superação da tradição jurídica do entendimento de instituição — herdeira do pensamento durkheimiano —

bem como superação sobre o modo como os adeptos da pedagogia institucional² entendiam a questão. Estes últimos identificavam a instituição como um código de regras e normas presente em um determinado ponto da organização social, responsável pela regulamentação dos comportamentos dos indivíduos, agindo, assim, de uma posição externa a eles. A AI também afirma o caráter normativo das instituições, entretanto, sua conceituação não se limita a ela.

(...) as instituições são normas. Mas elas incluem também a maneira como os indivíduos concordam, ou não, em participar dessas mesmas normas. As relações sociais reais, bem como as normas sociais, fazem parte do conceito de instituição. (...) a instituição não é um nível da organização social (regras, leis) que atua a partir do exterior para regular a vida dos grupos ou as condutas dos indivíduos; [ela] atravessa todos os níveis dos conjuntos humanos e faz parte da estrutura simbólica do grupo, do indivíduo. (LOURAU In ALTOÉ, p. 71, 1993).

Essa definição coloca as instituições em um lugar constitutivo de todo tecido social, não sendo externo a ele e nem fruto de uma instância maior que ele, como está implícito na concepção mais jurídica do conceito. Elas se presentificam como lógicas de funcionamento, que se processam em todas as instâncias da vida social, sendo, a um só tempo, produtoras e produzidas pelos indivíduos e pelos grupos. O objetivo da Análise Institucional seria o de pôr em análise a instituição de modo que dela se revele à face oculta, o não dito. Ao traçar uma relação entre algumas competências que as práticas dos agentes mobilizam e possíveis efeitos de desnaturalização da loucura enquanto instituição, esta pesquisa se inscreve na perspectiva teórico-metodológica do movimento institucionalista francês, predominantemente afinada à intervenção sócio-analítica.

Ao retirar as instituições de seu caráter jurídico, normativo e exterior aos sujeitos que compõem o corpo social, a Análise Institucional define um conjunto de conceitos teóricos operacionais para indicar como estas são produzidas. Nesse sentido, as noções de instituinte e instituído são de grande capacidade explicativa para compreensão de como a realidade é produzida.

Por instituinte, entenderemos, ao mesmo tempo, a contestação, a capacidade de inovação [...] No instituído colocaremos não só a ordem estabelecida, os valores, modos de representação e de organização considerados normais,

2 Escapa aos objetivos deste texto uma discussão mais acurada dos diversos usos e apropriações do conceito de instituição ao longo do século vinte. Para uma maior compreensão destes movimentos, recomendamos a leitura de RODRIGUES (2002) que retoma todo percorrido histórico das diferentes correntes do institucionalismo e PAULON (2009), onde a autora explicita as diversas idas e vindas, atravessamentos e realocações que este conceito foi sofrendo dentro do institucionalismo francês.

como os procedimentos habituais de previsão (econômica, social e política) (LOURAU In ALTOÉ, 1993, p.43).

Aquilo que já é e aquilo que poderia ser, o novo e o antigo, experiências inovadoras e inventivas, convivem de forma não pacífica com as práticas cristalizadas, institucionalizadas, legitimadas no tecido social. Nesta tensão constante as instituições se produzem, as práticas sociais se dão, a realidade se materializa e os indivíduos se subjetivam. A AI busca compreender as forças que compõem a ordem vigente, rompendo com aquilo que está posto e criando as condições de possibilidade para que possa surgir um movimento instituinte de criação de uma lógica social singular (RODRIGUES, 2000).

No campo de estudos em que nos situamos, os movimentos de inovação e de enfrentamento acontecem antes mesmo de assumirem estatuto jurídico-legal, o que serve para demonstrar com clareza a tensão instituinte-instituído que acabamos de apresentar. A descrição que fizemos do movimento dos trabalhadores em Santos/SP inventando formas de prestar cuidados em saúde mental, prescindindo da violência e humilhação como ferramentas terapêuticas, apresenta um movimento marcado pela dimensão instituinte. O fato de que muitas das bandeiras políticas do movimento foram incorporadas ao modelo de atenção em saúde mental garantido na forma de leis hoje vigentes no país reflete o processo institucionalização inerente a todo processo de mudança social. Os movimentos e experimentações dos trabalhadores em saúde mental não esperaram aprovação legal para serem desencadeados, pelo contrário, foram tensionadores e indutores do que viria a constituir-se, anos depois, na política de saúde mental oficial do Brasil.

O trabalho que desenvolvemos buscou conhecer as estratégias de cuidado operadas pelos Agentes de Saúde no trato com os casos de saúde mental. Nosso foco buscava identificar a dimensão instituinte existente nas atividades desenvolvidas por eles que pudessem ir além do encaminhamento para o médico do posto, encaminhamento para serviço especializado ou indicações para renovação das receitas dos psicotrópicos. O que havia de novo? Que competências estavam mobilizadas? Que dimensão inventiva as práticas cotidianas do ACS poderiam estar ativando? Como potencializá-las?

Ao atentar para a existência de movimentos, de inovações, de experimentações mesmo nos contextos mais rígidos, mais mortificados, este corpo teórico possibilita que acompanhem rotas de fuga, que identifiquemos movimentos de resistência ativa, criando alternativas coletivas ao discurso das queixas infundáveis, sempre pautadas em uma desconsideração dos movimentos instituintes, também constituintes da realidade. A análise institucional aponta “o aspecto não-natural das instituições que, por isto mesmo, devem ser

trabalhadas no sentido de resgatar suas injunções históricas e os processos desejan-tes que as produziram com a aparência de algo dado, fixo e eterno" (PAULON, 2005, p. 23). É necessário indicar ainda duas outras contribuições do campo que vem sendo descrito que serviram de aporte fundamental a este trabalho, quais sejam: a noção de implicação e o conceito de analisador.

No caso da minha pesquisa, interrogar os especialismos, interrogar a supremacia do saber médico, diz respeito a um movimento de produzir interferência na forma com aqueles corpos ali se encontraram com isso. Claro, óbvio e evidente, também diz respeito, necessariamente, à relação que eu tenho com isso. Análise de implicação é, de fato, uma ferramenta de trabalho na pesquisa intervenção. Crise à parte, os estudos todos sobre o tema me deram uma clareza legal sobre aquilo que dentro deste referencial caracteriza uma pesquisa como intervenção [Porto Alegre, 30 de Novembro de 2010].

Existem “certos dispositivos que provocam a revelação do que estava escondido” (LOURAU In ALTOÉ, 1992, p. 70). Estes funcionam como “catalisadores de sentido, desnaturalizando o existente e suas condições e realizando a análise” (ROCHA E AGUIAR, 2003, p. 71). Esses arranjos, estas composições – sejam elas históricas como o maio de 1968 ou forjadas para uma situação específica – devem propiciar a emergência de material analisável. A criação, reconhecimento e potencialização dos analisadores é função da análise institucional e condição para que se faça a análise. Partindo do princípio de que sempre existe uma dimensão instituinte presente, o analisador é aquilo faz esta dimensão emergir. Este estudo caracteriza-se, ainda, como pesquisa-intervenção, na medida em que se trata de uma pesquisa, pois é orientada por uma pergunta norteadora para qual se esforça em construir respostas, e se sustenta como intervenção, na medida em que propõe a criação ou identificação de analisadores, de modo que se possa produzir a análise (PAULON, 2005; ROCHA & AGUIAR, 2003; PAULON & ROMAGNOLI, 2010).

O reconhecimento da implicação é uma decorrência necessária da reformulação do conceito de instituição. Na medida em que esta passam a ser entendidas como lógicas de organização e funcionamento que atuam de formas mais ou menos velada, sendo constitutivas do tecido social, seria uma incoerência desconsiderar as formas como estas mesmas lógicas atuam sobre o pesquisador. Enquanto parte integrante da realidade que está sendo estudada, o pesquisador também está atravessado pelas instituições que ali se presentificam. É preciso, então, colocar tais atravessamentos em análise, de modo que seja possível ponderar os efeitos

destes na produção de conhecimento que está sendo realizada. Diante do reconhecimento da impossibilidade da neutralidade, necessitamos incluir, como ferramenta fundamental da produção de conhecimento, a análise da implicação do pesquisador e dos demais indivíduos envolvidos na pesquisa.

Ao discutir as estratégias de cuidado já desenvolvidas, criamos um espaço para que os agentes falassem das dificuldades que perpassam o cotidiano de trabalho, estimulando-os, com isso, a realizar a análise de suas implicações. As posições ocupadas pelos diversos atores presentes na realidade estudada - tanto a dos pesquisadores, quanto as dos agentes - foram postas em análise constantemente com o intuito de ir desvelando os atravessamentos institucionais ali presentes, atentando sempre para a tensão instituinte-instituído (BAREMBLITT, 1992).

Paulon (2005) sustenta a argumentação de que a pesquisa-intervenção tem o seu estatuto de cientificidade ancorado na análise da implicação do pesquisador sobre o conjunto de condições, nas quais seu ato de pesquisar estiver circunscrito. Rocha (2007) afirma que a pesquisa-intervenção deve ampliar os espaços de trocas compartilhadas, não buscando uma mudança imediata, mas tentando afirmar/produzir através do ato de pesquisar outra relação entre teoria/prática, sujeito/objeto. Heckert e Passos (2009) são claros e sucintos ao descrever o intuito da pesquisa-intervenção, seus motivos, alvos e intenções.

A pesquisa-intervenção visa à interrogação das práticas naturalizadas que se materializam nos estabelecimentos. Não se trata de produzir um conhecimento a priori, buscando constatar sua veracidade, ou ainda, aplicá-lo a uma dada realidade, aqui entendida como já dada já formulada. (...) Intervir refere-se a uma aposta ético-política que afirma a radicalidade da intervenção em seu sentido etimológico, isto é, intervir é vir entre. Pretende, portanto, romper com uma concepção “aplicacionista” em que teoria precede a prática, e a contemplação o fazer (HECKERT e PASSOS, 2009, p. 380).

Desse modo, a pesquisa-intervenção propõe uma investigação no intuito de contribuir com o que está sendo produzido de interessante para as vidas em jogo na realidade estudada. As estratégias metodológicas elencadas procuraram trabalhar com a possibilidade de o pesquisador contribuir com os problemas do coletivo em que se inseriu para investigar (PAULON & ROMAGNOLI, 2010). No processo de construção destas contribuições é que o investigador produz possíveis respostas àquilo que ele toma como alvo de interrogação. Sobre estas, a aposta é de que elas possam servir de pistas para a melhor compreensão/intervenção no campo que nos propomos a investigar. Tal expectativa nos lança diretamente ao último ponto de ancoragem teórico-metodológico deste trabalho – a cartografia (PASSOS, KASTRUP, ESCÓSSIA, 2009).

Entendemos a cartografia como um modo de discussão e de elaboração que visa dimensionar, redimensionar, criar e recriar os efeitos do encontro do pesquisador com o campo estudado. Para que se mantenha a consistência de um trabalho que se pretende cartográfico é necessário que se atendam às mesmas condições sobre as quais versam o rigor científico, a saber: coerência conceitual, força argumentativa e o sentido de utilidade dentro da comunidade científica (ANDREOLI et al., 2003). Sendo assim, caberia ao cartógrafo tentar construir conhecimentos a partir de um referencial ético-estético-político, valorizando os afetos, localizando virtualidades e acreditando na inseparabilidade do par sujeito pesquisador/objeto da pesquisa. Em uma exposição do que seriam as diretrizes a partir das quais se realizaria o trabalho do cartógrafo, os autores preferem a proposição de pistas à ideia de regras ou protocolos a serem seguidos (PASSOS, KASTRUP, ESCÓSSIA, 2009).

Os autores defendem, como pista um, a indissociabilidade entre pesquisa e intervenção; na pista dois, é apresentada a noção do modo de funcionamento da atenção do cartógrafo, sendo recomendado mantê-la flutuante e aberta, podendo então esta ser capturada pela intensidade dos acontecimentos; já na pista três, a discussão diz respeito à necessidade de construção de analisadores como dispositivos da pesquisa; quanto à pista quatro, constatamos que esta se refere a uma problematização dos processos de produção de subjetividade a partir das proposições do paradigma ético-estético-político; na pista cinco, há o reconhecimento dos movimentos que a própria pesquisa gera sobre aquele que a realiza, sendo então apontada como característica cartográfica a dissolução do ponto de vista do observador; já as pistas seis e sete, que dizem respeito a cartografia como a habitação de territórios existenciais e como prática para o acompanhamento de processos, demonstram a tentativa que se faz por esta via de apreensão do mundo em sua dimensão de força, e não de forma, de modo que seja possível preservar ao máximo a processualidade da realidade; por fim, a pista oito trata das questões ligadas à escrita e às necessidades de mudança nos regimes de narratividade adotados para relatar os movimentos da pesquisa (PASSOS, KASTRUP, ESCÓSSIA, 2009). As sete primeiras pistas alinham-se conceitualmente com aquilo que vem fundamentando este trabalho. Já a oitava, é aquela na qual apostamos para fazer uma torção na forma de construção/apresentação deste escrito.

A utilização de registros sistemáticos de dados observados em campo, buscando reunir e organizar as informações coletadas durante o processo de pesquisa é oriunda dos estudos antropológicos. A perspectiva cartográfica orienta um reposicionamento do uso desta ferramenta em campo. Como o cartógrafo busca encontrar na realidade as linhas flexíveis que permitam traçar as rotas de fuga, o novo ou, em termos da análise institucional, o instituinte,

suas anotações, seus afetos e suas emoções são tomadas como ferramenta nesta intenção. O diário é aqui entendido como um lugar no qual são registrados pelo pesquisador os movimentos, as capturas possíveis, as forças que atravessam um dado plano, os afetos que se passam. Ele contém os frutos da exploração do universo pesquisado na sua dimensão de força – daquilo que está por vir, do virtual, do inusitado, do novo, da alteridade – e não só da dimensão formal, do existente, atual, materializado, instituído, dado como natural. Enfim, o diário é um espaço do vivo, espaço do registro da dimensão de acontecimento no sentido deleuzeano, presente no ato de pesquisar. Na tentativa de potencializar ainda mais esta função de espaço vivo, optamos por fazer um diário na forma de blog (*web blog* – diário da web, diário virtual) disponível em www.inspiracaocartografica.blogspot.com

A busca por mudanças nas políticas narrativas pode ser apontada também como fruto dos questionamentos realizados pela filosofia da diferença (PETERS, 2000) e sua crítica ao pareamento sujeito-indivíduo; à visão dicotômica da realidade a partir de cisões falseáveis como objetivo-subjetivo, homem-mundo e outros equivalentes; à existência de lugares neutros para produção de conhecimento dentro da esfera social – premissa insustentável depois das ideias foucaultianas sobre o dispositivo saber-poder, dentre outros (PAULON & ROMAGNOLI, 2010).

Na esteira destas indagações, a cartografia vem defender a produção de conhecimento assentado em um paradigma ético-estético-político. Ético porque se propõe a pensar a vida deixando de lado valores da Verdade e julgamentos a priori, considerando as pessoas em relação. Estético, na medida em que concebe a vida como obra de arte e, desta forma, produz outros modos de pensar, sentir e estar no mundo. Político, a partir da afirmação dos processos coletivos, múltiplos e heterogêneos que atravessam cada existência, tendo contornos nas práticas sociais. (DELEUZE, 1992). É neste contexto que trazemos Adorno, (2003) e sua perspectiva ensaística, como modo de apresentar parte das indagações e reflexões por nós produzidas no contato com os agentes.

Noyama (2009) sintetiza com clareza a aproximação da proposta adorniana com o escopo conceitual que no qual nos amparamos ao ponderar que o ensaio

consegue afinar a crítica em relação ao conteúdo da tradição filosófica, sobretudo à metafísica clássica, e o faz com a exuberância de um movimento desconcertante, designando em sua forma de mostrar as idéias sua postura crítica ao mesmo tempo estética e política(p.139).

Aportados na perspectiva cartográfica, nosso texto se apresenta tanto em cenas mais descritivas e analíticas, nas quais os dados colhidos em campo são apresentados e discutidos

com o auxílio de conceitos – característica mais afinada ao modo comum de produção de conhecimento acadêmico-científico cartesianos; quanto em outras marcadas pelo tom ensaístico. Nestas, partimos do cerne de uma problemática complexa encontrada em campo, de um nó crítico que a imersão na realidade nos apresentou e, com o auxílio da filosofia de Baruch Spinoza, nos propomos a tratá-la em sua complexidade.

Este movimento de aproximação/apropriação/apresentação daquilo que vivenciamos em campo, se esforça para dar materialidade à realidade em sua dimensão de força, em seu quê processual, em sua constituição multifacetada. Trata-se mais uma vez de uma aposta em uma outra política narrativa. Ponderadas estas questões, que se abram as cortinas, então!



**Marcar a
singularidade dos
acontecimentos
Foucault**

4. PRIMEIRO ATO

“Na minha comunidade a metade é drogado, os outros são louco, e os outros tão ficando loucos (sic)” (...) Os usuários dizem: “Eu sei que tu tem boa intenção, mas tu não resolve nada(sic)”. Os agentes sentem-se desautorizados, às vezes ridicularizados na própria comunidade [Porto Alegre, 22 de agosto de 2010].

O propósito deste ato é investigar, com o auxílio do conceito de competência, aquilo que se apresentou nas estratégias de cuidado implementadas pelos agentes comunitários de saúde. Como ponto de partida, apresentaremos nossos achados em campo à luz das competências referidas nas diretrizes curriculares para os cursos Técnicos de Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2004b). Em seguida, discutiremos os caminhos apontados pelo texto oficial como modo de desenvolver tais competências. Quais são os conhecimentos apontados como necessários? O que eles marcam como essencial ao processo de trabalho do ACS? Como eles concebem as competências, e mesmo, o quê recomendam para o desenvolvimento delas?

Em um segundo momento, com base na proposta formativa desenvolvida na pesquisa sobre as estratégias de cuidado desenvolvidas pelos agentes (SILVA, PAULON, SALES, PICCININI, ZAMBENEDETTI, 2011) interrogaremos os modos de se organizarem as ações educativas destinadas a estes profissionais. Como estruturar encontros de formação que partam das experiências concretas dos indivíduos, de suas vivências? Como aumentar a potência de ação\subjativação deste trabalho? Como o conceito de competência poderia auxiliar na construção de um círculo virtuoso onde, o trabalho sirva de fonte de aprendizagem e esta retorne e qualifique o próprio processo de trabalho? Como organizar processos formativos que reconheçam e legitimem a sabedoria prática destes indivíduos?

Por fim, focaremos nossa atenção na competência que se expressou com maior intensidade nas estratégias de cuidado em saúde mental desenvolvidas pelos agentes desse estudo para pensar seus efeitos de desinstitucionalização da loucura. Existem tais efeitos? De onde eles partem? Que tipo de suporte seria preciso para que as práticas fossem orientadas neste sentido?

4.1.Cena um: Revendo o Script

“Aqui um é suporte do outro. Quando estamos juntos é uma troca de experiências, eu me sinto realizada na profissão, mas também muito triste, porque isso não é reconhecido. A equipe acha que os agentes não são nada, porque não são técnicos”[Porto Alegre, 28 de Agosto de 2010].

Surgido como fruto da necessidade de se pensar ações de educação e suporte para os agentes comunitários, o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2004b) foi estruturado em três etapas formativas que objetivam desenvolver diferentes competências ligadas aos distintos aspectos do trabalho dos agentes: sua função de mobilizador social, seu trabalho de promoção de saúde e prevenção de agravos e a necessidade de vigilância ambiental. Na primeira etapa do curso, espera-se que os indivíduos tenham desenvolvido as seguintes competências:

Trabalhar em equipe de saúde. Promover a integração entre a equipe de saúde e a população de referência adstrita à unidade básica de saúde. Identificar a importância do acompanhamento da família no domicílio como base para o desenvolvimento de suas ações. Orientar indivíduos e grupos sociais quanto aos fluxos, rotinas e ações desenvolvidas no âmbito da atenção básica de saúde. Realizar ações de coleta de dados e registro das informações pertinentes ao trabalho desenvolvido. Estimular a população para participar do planejamento, acompanhamento e avaliação das ações locais de saúde. Realizar mapeamentos institucionais, sociais e demográficos em sua micro-área. Analisar os riscos sociais e ambientais à saúde da população de sua micro-área. Realizar o cadastramento das famílias na sua micro-área. Consolidar e analisar os dados obtidos pelo cadastramento. Realizar ações que possibilitem o conhecimento, pela comunidade, das informações obtidas nos levantamentos sócio-epidemiológicos realizados pela equipe de saúde. Priorizar os problemas de saúde da população de sua micro-área, segundo critérios estabelecidos pela equipe de saúde e pela população. Participar da elaboração do plano de ação, sua implementação, avaliação e reprogramação permanente junto às equipes de saúde. (BRASIL, 2004b, p. 24-25).

Dentro do recorte realizado para pesquisa a única competência que não se presentificou foi aquela ligada às questões de vigilância ambiental – muito provavelmente por conta da falta de afinidade com os temas trabalhados. Quanto às demais, tivemos bastante contato com a inteligência prática dos agentes na realização destas tarefas.

Hoje os agentes contaram do dia em que resolveram mobilizar a comunidade para tentar conseguir a demissão de um médico que se recusava a fazer visitas domiciliares. Um deles

nos disse: “Juntamos a comunidade e viemos aqui na gerência do distrito dizer o que ele fazia, que ninguém gostava do jeito dele (...)”. Dias depois, o médico foi trocado[Porto Alegre, 14 de julho de 2010].

Sobre a competência ligada ao desenvolvimento de ações de promoção social, proteção e cidadania, um dos participantes relata que, dentre as orientações que ele costuma dar à população, estão incluídas notícias sobre oportunidades de empregos, recursos do sistema de assistência sociais e afins. Muitos outros no dizem fazer parte de suas práticas de trabalho a disseminação de informações sobre emissão de documentos, sobre postos de atendimento de órgãos públicos, sobre direitos e deveres dos cidadãos e etc. Esteve muito claro para os agentes a função de ser ponte entre a equipe de saúde e a comunidade. Em seus muitos relatos, essa integração se presentifica em estratégias como: interceder junto à equipe para que esta priorize o atendimento de casos mais urgentes; ser o profissional a quem os pacientes do território procuram ao chegar à unidade de saúde; e mesmo impedir que os usuários insatisfeitos com o atendimento na unidade viessem a agredir fisicamente os técnicos que lá trabalham.

O referencial curricular para os Cursos Técnicos de Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2004b) apresenta como essencial para o desenvolvimento das habilidades na primeira etapa do curso, a aquisição dos seguintes conhecimentos técnico-científico:

Processo saúde-doença e seus determinantes/condicionantes. Processo de trabalho em saúde e suas características. Cargas presentes no trabalho do Técnico Agente Comunitário de Saúde: conceitos, tipos, efeitos sobre a saúde do trabalhador e medidas de prevenção. Ética no trabalho em saúde. Políticas públicas, políticas sociais governamentais mentais, em especial a política nacional de saúde – organização, princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Sistema Municipal de Saúde: estrutura, funcionamento e responsabilidades. A estratégia de saúde da família na atenção básica à saúde. Comunicação: conceitos, importância e práticas. Lideranças: conceito, tipos e processos de constituição de líderes populares. Participação e mobilização social: conceitos, fatores que facilitam e/ou dificultam a ação coletiva de base popular. Conceitos operados na sociedade civil contemporânea: organizações governamentais e não governamentais, movimentos sociais de luta e defesa da cidadania, das minorias e pelo direito às diversidades humanas. Família: ampliação do conceito, especificidades e diferenças. Estratégias de abordagem a grupos sociais, especialmente a família. Direitos humanos. História da formação do povo brasileiro e a contribuição das etnias na construção das ciências, da política, da economia e da cultura no Brasil. Cultura popular e práticas populares no cuidado à saúde. Lei Federal nº 10.507/2002; Portaria MS 1.886/97; Decreto Federal 3.189/99; Manual da Atenção Básica/MS; Normas do SUS. Mapeamento sócio-político e ambiental: finalidades e técnicas. Interpretação demográfica. Conceitos de territorialização, micro-área e área de abrangência;

cadastro familiar e territorial. Técnicas de levantamento das condições de vida e de saúde/doença da população. Indicadores sócio-econômicos, culturais e epidemiológicos: conceitos, aplicação. Assistência e internação domiciliar: conceito, finalidades, implementação e avaliação dos resultados. Estratégias de avaliação em saúde: conceitos, tipos, instrumentos e técnicas. Conceitos de eficácia, eficiência e efetividade em saúde. Conceito e critérios de qualidade da atenção à saúde: integralidade, acessibilidade, humanização do cuidado, satisfação do usuário e do trabalhador, equidade, outros. Sistema de informação em saúde: introdução ao SIAB; ficha A (BRASIL, 2004b, P.25-27).

Em março de 2010, uma parceria entre a Prefeitura Municipal de Gravataí, o Grupo Hospitalar Conceição e o Instituto Federal de Educação Tecnológica do Rio Grande do Sul deu início à formação técnica dos agentes comunitários neste estado. Este é um projeto piloto a partir do qual será estruturada a formação dos agentes comunitários de saúde do estado do Rio Grande do Sul. Por isto, pelas indagações surgidas ao longo do nosso trabalho com os agentes e pela influência que as Diretrizes Curriculares para Formação dos Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2004b) almejam surtir nos modos de trabalho desta categoria realizaremos agora uma análise mais apurada daquilo que está contido em tais diretrizes.

O referencial curricular reconhece que as atividades do agente “transcendem o campo da saúde na medida em que requerem atenção a múltiplos aspectos das condições de vida da população (...) [fato que] o situa como categoria muito particular, não comparável ou agrupável com outras que existem historicamente no campo da saúde (BRASIL, 2004b, p 18)”. Seria a atuação em múltiplos aspectos das condições de vida da população aquilo que faz deste personagem uma figura tão singular? A atenção primária não guarda em si essa vocação para ser o ponto onde ocorre o primeiro contato entre os indivíduos e os sistemas de saúde (STARFIELD, 2002)? Disso não decorre “essa vocação de ‘porta de entrada’ não apenas para a rede de serviços de saúde, mas para uma multiplicidade de outras demandas sociais, que acabam por se traduzir em demandas de saúde ou simplesmente aí se apresentam pela ausência de outros espaços sociais de expressão (TEIXEIRA, 2005 p. 592)”? Ela não é “o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde (BRASIL, 2007, p. 10)? Por tudo isto, questionamos aqui o quanto a aquisição destes conhecimentos e competências poderia potencializar o trabalho dos agentes, ou se, ao contrário, criaria as condições de possibilidade para aumentar ainda mais a sobrecarga de trabalho desta categoria. Este movimento não estaria retomando, por um viés diferente, a visão do agente como um super-herói (TOMAZ, 2002)?

Encontramos na literatura várias menções às conseqüências aquecedoras daquilo que chamamos acima de lugar paradoxal ocupado pelos agentes e que parece estar sendo reforçado pelas diretrizes traçadas para a educação dos agentes (RESENDE ET AL, 2011; TELES, PIMENTA, 2009; SILVA, MENEZES, 2008; KLUTHCOVSKY, TAKAYANAGUI, SANTOS, KLUTHCOVSKY, 2007 e MARTINES, CHAVES, 2007). Usando como motor de busca o termo ‘agentes comunitários’ de saúde em uma biblioteca virtual³, encontramos um total de 38 artigos, escritos entre 2002 e 2011. Algo que concerne a todos esses estudos acima mencionados (ainda que de diferentes formas, dadas as distintas filiações teóricas a que estão ligados) é a necessidade de se pensar ações de educação e suporte para que se melhorem as condições de tais profissionais, de modo que torne possível a estes articularem seu trabalho em torno de demandas, expectativas e condições tão distintas. Entendemos como contraditório, ou, no mínimo, controverso, que as diretrizes que irão guiar a construção dos cursos em todo o país e que foram fruto de “um processo sistematizado que associou debates entre grupos de especialistas e trabalhadores, por meio de oficinas de trabalho, reuniões e seminários (BRASIL, 2004b, p.12)” possam estar contribuindo para o aumento das contradições que já permeiam o lugar ocupado pelos agentes comunitários de saúde.

“O agente não pode andar sozinho, é preciso incluir os outros membros da equipe” [Porto Alegre, 06 de Maio de 2011].

Reconhecemos que no trabalho do agente estão imbricados múltiplos campos, como saúde, assistência social, educação e outros. Contudo, apontamos que isto não diz respeito apenas a ele, trata-se das características dos modos de agir desejáveis para os atuantes da atenção básica. Dado que as questões que se apresentam aos profissionais são complexas e multifacetadas, não se restringindo ao campo sanitário, os projetos terapêuticos – sejam eles individuais ou coletivos – devem ser construídos em articulação com outros equipamentos sociais – assistência, cultura, educação, seguridade social - presentes no território (BRASIL, 2009b).

Há um debate atual sobre a incompatibilidade entre a formação oferecida tradicionalmente no campo da saúde e as habilidades necessárias para a atuação na atenção primária, e mesmo no Sistema Único de Saúde como um todo. Estratégias diversas têm sido buscadas para equacionar estes problemas, como por exemplo, as residências

multiprofissionais em saúde. Afinal, o quão difundidos encontram-se nos diversos cursos da área da saúde – sejam as graduações ou os cursos técnicos - conceitos como “integralidade, acessibilidade, humanização do cuidado, satisfação do usuário e do trabalhador, equidade, dentre outros. (BRASIL, 2004b, p.27)”? A “história da formação do povo brasileiro e a contribuição das etnias na construção das ciências, da política, da economia e da cultura no Brasil (BRASIL, 2004b, p.26)” tem constado nas grades curriculares dos nossos trabalhadores da saúde? Como estes conhecimentos têm sido usados na construção de respostas às questões de saúde da população? A inclusão de conhecimentos desta ordem seriam realmente necessários em cursos destinados à formação de agentes comunitários de saúde? Que efeitos espera-se que eles produzam?

Cunha (2007), estudando as dificuldades existentes para a qualificação do atendimento médico na atenção básica, afirma que os profissionais da saúde tendem a negar a complexidade do trabalho demandado neste nível do sistema. Em sua análise, o autor resgata o fato de que, em sua maioria, as formações para o trabalho em saúde acontecem em ambiente hospitalar, argumentando que

o hospital [é] um espaço extremamente adequado aos instrumentos teóricos da Biomedicina, que cartesianamente separa o corpo da alma (campo psi) e ainda o corpo em pedaços estanques. A gravidade da situação orgânica permite que este aspecto (biológico) se destaque, fornecendo uma sensação de suficiência para o saber biomédico. O quanto possível o Sujeito está isolado – bem ao contrário do que acontece na Atenção Básica, em que um sujeito complexo, permeável, a toda sorte de influências externas e internas, apresenta suas demandas e se submete a um tratamento (CUNHA, 2007, p. 28-29).

Na atenção primária o indivíduo está em seu contexto de vida, exposto a todas as influências e intempéries que dificultam o seguimento do tratamento na perspectiva exclusivamente biomédica. Por isso mesmo, outros determinantes se apresentam. É, justamente, o reconhecimento dos fatores outros e a possibilidade de agir sobre eles de forma não restrita ao campo sanitário que convocaram este ator tão singular a ingressar nas equipes de saúde. Reconhecemos que uma das especificidades do trabalho dos agentes reside na capacidade de incorporar aos serviços de saúde “as contribuições da própria população, por meio da sua cultura no saber fazer os cuidados com a própria saúde (BRASIL, 2004b, p.09)”. Como controlar, fora do hospital, as taxas de glicose de um indivíduo que é doceiro? E as questões de uso abusivo de álcool de um senhor de 58 anos cuja renda advém do seu pequeno bar? O agenciamento de novos modos de relação com os usuários, o reposicionamento dos profissionais em relação ao uso que têm feito dos seus conhecimentos técnicos e a busca de

recursos fora do campo sanitário são algumas das pistas passíveis de serem seguidas na construção de respostas a tais questões em uma perspectiva territorial.

“Nosso papel é fazer a ponte entre a comunidade e o posto, mas a gente acaba fazendo muito mais que isso, porque dentro da unidade eles sabem muito pouco do que é a vida mesmo das pessoas”. Ao que parece há muita clareza sobre o papel de ponte entre o serviço e a comunidade, mas que ponte é essa que eles fazem? [Porto Alegre, 22 de Julho de 2010].

Nossos achados dão a dimensão de que existe, sim, no trabalho dos agentes, uma sabedoria prática. Entendemos como urgente incorporar tal saber aos processos de formação desenvolvidos com esta categoria. As especificidades e peculiaridades dos modos de agir destes atores precisam ser reconhecidas e amplificadas por processos formativos onde as práticas já desenvolvidas, as experimentações cotidianas, sejam tomadas como fontes de aprendizagem acerca do próprio trabalho.

O trabalho ao longo dos encontros de formação propostos pelo projeto maior do qual fazíamos parte (SILVA, PAULON, SALES, PICCININI, ZAMBENEDETTI, 2011) foi marcado pela singularidade - cuidado essencial à disposição cartográfica que pautava nosso modo de intervir-pesquisar-formar. Construíamos uma estrutura de tarefas, contudo, esta era suficientemente flexível para acolher aquilo que se produzia no grupo. As atividades realizadas visavam fazer o grupo trabalhar a partir de suas práticas, de modo a potencializá-las. Nossa meta era construir relações de composição entre os nossos saberes e os deles, e não relações hierárquicas, nas quais o saber acadêmico, mais forte, mais científico e mais verdadeiro desbancasse o conhecimento dos agentes, a sua inteligência prática, o seu saber-fazer. Não foi tarefa fácil, e nem acreditamos que em todos os momentos do trabalho isto esteve presente.

Contudo, a própria estrutura adotada, alicerçada na proposta de roda de conversa (CAMPOS, 2000), onde se tenta favorecer a horizontalização das relações, contribuiu para o aparecimento destes momentos. Identificamos também outros aspectos que favoreceram a este modo de funcionamento: a decisão anterior de estarmos abertos para aquilo que o grupo traria; uma tentativa de fazer um uso diferenciado do lugar de especialistas em questões de saúde mental e o desafio de não responder aos pedidos de prescrição do trabalho. A aposta que fizemos e fazemos, parte do pressuposto de que reconhecer a inteligência prática dos trabalhadores e inseri-la dentro dos processos de formação é um caminho para afrontar a prática pedagógica de “capacitar os incapacitados”.

4.2. Cena dois: Martelando conceitos

A seguir, realizaremos uma discussão sobre a possibilidade de que o conceito de competência – e todo o questionamento que a proposição dele traz para as lógicas pedagógicas – seja usado como uma peça chave nas transformações dos modos de se formar trabalhadores em saúde. Nas linhas que se seguem, seguiremos estas pistas na construção de alternativas as capacitações e treinamentos oferecidos no campo da saúde.

Consoante com a dimensão relacional destacada pelo conceito de competência – sublinhada no pressuposto de saber coordenar-se com outros atores na execução de determinada tarefa e marcada na ideia de saber mobilizar recursos e saber comunicar – a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão (BRASIL, 2010c) vem pensando a formação como um

exercício indissociável da experimentação, do convívio, da troca entre sujeitos em situações reais e concretas do cotidiano dos serviços. (...). Troca pressupõe intercâmbio, significa disposição para levar e buscar conhecimentos, teorias e experimentações entre os sujeitos. Experimentar não pressupõe, assim, saber antes. Se existe algum “saber antes” como pré-requisito da experiência, este saber seria a construção de disposição subjetiva e política para produzir, na diferença com o outro, planos comuns, aquilo que permite a construção de compromisso e contrato entre sujeitos e coletivos. (PASCHE, 2010, p. 68).

“O brabo é que dentro mesmo da unidade ninguém valoriza nosso trabalho. Tudo bem que a gente não é técnico, mas têm coisas que sabemos que outros não têm como saber, e isso ninguém vê” [Porto Alegre, 27 de Junho de 2010].

A adoção da perspectiva das competências, bem como a proposta formativa da PNH, reconhece o esgotamento do modelo pedagógico da capacitação. Nestas, o objetivo – nem sempre explícito – é “a transferência de informações para que os “descapacitados” passem a ter determinadas capacidades; na mesma direção, se “treinaria” os trabalhadores para que repitam e se exercitem *ad nauseam* o modo correto de fazer” (PASCHE & PASSOS 2010, p.7). A produção de práticas formativas em saúde alicerçadas em outros pilares é da maior urgência, na medida em que os efeitos decorrentes da concepção de capacitação “se sacralizam em perspectivas que tomam a saúde como contraponto da doença, como ausência de doença, e o sujeito como objeto das ações de saberes fragmentados e absolutos que definem a verdade sobre o sujeito (HECKERT E NEVES, 2010, p. 21)”.

Em nosso trabalho, o esgotamento do modelo pedagógico das capacitações ficou evidenciado a partir de dois movimentos do grupo de agentes. A saber: a) na queixa das capacitações do tipo “pacotinhos prontos (sic)” que não parecem ter ligações com o cotidiano de trabalho e; b) na dificuldade muito grande dos ACSs em reconhecerem como legítimas, oportunas e resolutivas as ações que desenvolvem. O primeiro ponto aqui levantado apareceu insistentemente durante os encontros de formação. A metodologia adotada neste trabalho – partindo das práticas dos agentes, ouvindo suas experiências, inquietações e experimentações cotidianas – era constantemente comparada às “capacitações” as quais eles costumavam frequentar. Segundo eles, a diferença entre o nosso trabalho e o das capacitações era que estas simplesmente traziam conhecimentos, técnicas e prescrições de trabalho. Em muitos casos, tais prescrições não eram passíveis de serem incluídas em seus cotidianos, visto que, ou ignoravam as condições materiais e recursos (in)disponíveis, ou não compunham com aquilo que os agentes julgavam importante. Os agentes também ressaltaram que as capacitações desconsideravam os esforços diários por eles desenvolvidos na produção de cuidado. Uma agente enunciou em sua terceira participação no grupo: “Esta é a primeira vez que temos um espaço mais nosso (sic)”. Em seguida, outra participante “confessa(sic)” que veio ao primeiro encontro de óculos escuros para poder dormir, afinal, os momentos de capacitação costumavam ser entediantes. Contudo, diante do modo de funcionamento do trabalho, ela optou por não usar os óculos e integrar-se.

Quando perguntamos pelas estratégias de cuidado que eles desenvolviam para com os usuários, foi surpreendente ver o descaso em relação à elaboração de estratégias criativas e inovadoras para prestação de cuidados. No discurso dos agentes, havia um tom de que tudo que eles faziam era apenas um “paliativo(sic)”, um “tapa buracos (sic)”, não chegando a atender as necessidades reais das pessoas.

Chamou-nos a atenção o quanto eram apontadas como irrelevantes ações como: negociações com a equipe para facilitar o recebimento de casos mais complexos e trabalhosos; aumento do número de visitas quando se percebe que o caso é mais complicado; elaborações de pactos com outros membros da equipe para garantir atendimento imediato quando um caso mais grave é identificado no território – alguns agentes enviam os usuários ao serviço de posse de um bilhete assinado por eles; a formação de parcerias com os outros agentes para realizar visitas consideradas difíceis, ou de risco, e mesmo uma forte perspectiva de cuidado mútuo existente entre os agentes – havendo, inclusive, discussão de caso entre eles. Nada disso era entendido enquanto ação produtora de cuidado e, muito menos, como arranjos que favoreceriam o trabalho em saúde. Segundo as impressões dos ACSs, tratava-se

apenas de um blefe, um paliativo, uma ação provisória e não resolutiva dado que eles não eram especialistas em saúde mental, não eram psicólogos e nem psiquiatras – os únicos profissionais vistos como aptos a atender com resolutividade as demandas em saúde mental.

Depreendemos disso que as capacitações calcadas no modelo da “pedagogia bancária”⁴ – aquelas onde os “capacitados” depositam conhecimentos nos supostos “incapazes”, pautadas em uma proposta educativa de transmissão vertical – são pouco eficientes e desconsideram, em seu formato, muito daquilo que constitui a base do trabalho dos agentes. Este tipo de proposta de formação, nos quais os conteúdos são expostos por instrutores especializados, e há pouco ou nenhum espaço para discussão, troca de experiências, dúvidas ou algo do gênero, acabam produzindo pouco impacto sobre o trabalho dos indivíduos. Os relatos feitos ao longo dos encontros, indicaram que tais capacitações são cumpridas como obrigação, e que funcionam, muitas vezes, como espaço para um “bom cochilo (sic)”. Apontamos a seguir, algumas outras características da estratégia metodológica adotada nos encontros com os agentes – inspirada tanto nos pressupostos da PNH, quanto na proposta do desenvolvimento de competências – e a forma como ela auxiliou na construção de alternativas à “pedagogia bancária”.

...Ouvi um retorno muito curioso do grupo de avaliação dos agentes hoje. “Olha, o que valeu desse curso foi a gente poder se encontrar e trocar experiência. Saber que o meu colega do lado tem problemas bem parecidos com o meu” E eu que andava tão preocupado com o que eu precisava falar... [Porto Alegre, 06 de Maio de 2011].

Para trabalhar com os agentes ligados às 19 equipes, montamos grupos menores. Este arranjo possibilitava que, no intervalo de um mês, fosse possível oportunizar a todos os agentes um momento de formação. Revertendo aquilo que poderia ser pensado como um entrave – a impossibilidade logística de reunir todos os agentes em um só dia – em um elemento favorável, compusemos os grupos com agentes de diferentes unidades de saúde do território. O objetivo era simples: favorecer a troca de experiências daqueles que ocupam o “mesmo” território. Confirmando nossas suspeitas, em consonância com nossa proposta pedagógica, a mistura serviu para que os agentes pudessem falar dos diferentes recursos inventivos com os quais eles enfrentam os problemas que os assolam. A limitação inicial teve, além desta vantagem, a possibilidade de que a mesma temática fosse trabalhada quatro vezes

4 Temo utilizado por Paulo Freire em *Pedagogia da Autonomia* (2010) e em *Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido* (2008).

durante o período de um mês, fator que possibilitava aos indivíduos irem a outro encontro dentro daquele mês, caso tivessem problemas no dia para o qual estivessem previamente agendados.

O modo de funcionamento que acabou imperando no grupo pode ser explicado pelo uso da noção de Unidades de Produção (UPs) (CAMPOS, 2000). Estas

São coletivos tomados como dispositivo capaz de disparar a compreensão sobre “modos de fazer” atenção e gestão em grupo, bem como sobre a articulação da produção de saúde em rede, desenvolvendo processos de cogestão e fomentando grupalidade. O termo “produção” é utilizado nesta perspectiva de formação-intervenção para demarcar diferenças em relação às tradicionais denominações de grupos ou equipes, já que se quer reforçar a idéia de que entre os produtos desses coletivos incluem-se a produção de saúde e dos próprios sujeitos que vão se transformando neste processo (PAVAN, GONÇALVES, MATIAS, PAULON, 2010, p.88).

Com tal estrutura foi possível incluir o saber-fazer dos agentes dentro do processo formativo, e auxiliá-los a compreender a complexidade dos problemas em saúde com os quais eles trabalham.

Mesmo que tenhamos apostado num modo de trabalho mais horizontal, onde o saber dos agentes fosse considerado, é importante destacar que encontramos um recorrente pedido de prescrições de trabalho. Fomos convocados, em muitos momentos, a ocupar o lugar de *experts* em comportamento humano, em questões emocionais e áreas afins à saúde mental. O pedido, explícito ou não, era para que indicássemos o que era certo ou errado a ser feito em situações cuja multiplicidade de determinantes impede a adoção de uma perspectiva prescritiva. A construção de uma resposta a este pedido foi o desafio que enfrentamos durante os encontros de formação e que serve de alerta para aqueles que pretendem fomentar outros modos de formar em saúde.

“Eu achei que ia vir aqui e iam fazer aquelas coisas... me sentir meio retardado, que iam chegar, mostrar power point, etc... E acabou sendo muito bom isso aqui... Tanto que já é cinco horas e eu continuo aqui, e eu nunca fico além do tempo, se fosse outra situação já tinha ido embora” [Porto Alegre, 29 de Outubro de 2010].

Para construção de uma resposta a este pedido de prescrição recorrente que agentes nos fizeram, torcemos o uso do lugar de especialista, e, com isso, abrimos passagem para os conhecimentos daqueles sujeitos. Tentamos não ocupar o lugar do “indivíduo que possui habilidades ou conhecimentos especiais ou excepcionais em determinada prática, atividade,

ramo do saber, ocupação, profissão etc (HOUAISS, 2010)”. Com isto, pusemos em cena suas habilidades, seus temores, seus avanços e suas crenças, “afirmando as especificidades dos diferentes e diversos saberes que se encontram no mundo; especialmente alguns que têm sido secularmente desqualificados e, mesmo, ignorados pela arrogância daqueles hegemônicos, nomeados como oficiais e, por isso, produzidos como verdadeiros, únicos, universais, totalizantes (COIMBRA & LEITÃO, 2003 p.14)”.

Este recorte de nosso estudo indicou que é premente o desenvolvimento de processos de formação em saúde que busquem dar visibilidade ao que sabem os que, supostamente, não sabem. Partir da afirmação daquilo que é produtivo nas práticas inventadas cotidianamente nos serviços de saúde abre a possibilidade de se ampliar o hall de ofertas dos serviços abrindo, também, a possibilidade de se construir um novo modo de educar em saúde. A adoção do conceito de competência – correlato da reformulação do modelo de capacitação em saúde – pode nos servir de pista para o enfrentamento de uma concepção de formação “compreendida como processo cumulativo em que saberes são depositados sequencialmente e onde cada conhecimento é hierarquicamente superior aos demais (HECKERT E NEVES, 2010, p 20)”.

4.3. Cena três: Desinstitucionalização é efeito

Os recortes de diários de campo a seguir, estão marcados por momentos nos quais, localizamos nas práticas trazidas pelos agentes a presença de efeitos de desinstitucionalização.

“Só de olhar, eu já conheço, de longe da pra sentir quando vou me topar com um usuário mental. (...) Nós vamos muito pela intuição”. Conhece o que? Como os agentes reconhecem os indivíduos? Será tudo uma questão de preconceito? Haveria algo a mais [Porto Alegre, 06 de Maio de 2011]?

Em alguns momentos, os agentes falaram muito no papel da intuição no caso dos cuidados em saúde mental. Interrogamos como isso era possível e ouvimos que eles comparavam, ao longo do tempo, o sujeito a si mesmo. Por visitarem mensalmente os moradores, por estes serem vizinhos, frequentadores dos mesmos espaços, indivíduos com os quais eles mantêm um contato que não se restringe ao momento da visita de trabalho, eles são capazes de perceber “intuitivamente” quando está se instalando algum sofrimento. Apontamos, nesta intuição, um movimento do ACS de colocar a doença mental entre parênteses, sem desconsiderar a existência real de um corpo em sofrimento. O

desconhecimento das técnicas e classificações nosográficas oriundas da psiquiatria acaba possibilitando que o olhar se centre no adoecimento do indivíduo, e não na doença instalada nele.

Uma das muitas formas de exclusão as quais os indivíduos com problemas de saúde mental estão exposto e que têm entrado na pauta das discussões pelo mundo (WHO, 2008) diz respeito à estigmatização correlata ao adoecimento mental. Os rótulos de esquizofrênico, louco, bipolar, psicótico, em muitos casos, aumentam as barreiras a serem enfrentadas no acesso à saúde, na busca por um lugar no mercado de trabalho, na circulação pelos espaços públicos, entre outras. Do lugar ocupado pelos agentes é possível realizar um trabalho tanto de difusão de informações que ajudem a combater a estigmatização, como atentar para modos menos nocivos de perceber a instalação do adoecimento.

Quando discutíamos o agente comunitário como um profissional híbrido e polifônico, argumentávamos sobre o lugar paradoxal que ele ocupa, visto que ele é um trabalhador de saúde cuja especificidade do trabalho passa pelo domínio de um capital social, ou seja, “uma característica relacional como condição para exercer a ocupação (LIMA, MOURA, 2005, p.103)”. Esta compreensão sobre a função dos agentes nos leva a afirmar que o desdobramento deste capital social em uma rede de vínculos passíveis de serem usados na construção de estratégias de cuidado em saúde é uma competência que entendemos como causadora de efeitos de desinstitucionalização acima citado, bem como inúmeros outros possíveis.

O pressuposto para o trabalho do ACS não é ser um técnico, no sentido de ter um saber específico, biomédico, científico. Sua inserção visa potencializar o trabalho das equipes pela via do compartilhamento de conhecimentos sobre a comunidade, sobre as pessoas que vivem naquele território, sobre como se organizam as vidas naquele lugar. Possuir agentes na equipe, de modo que eles possam auxiliar na construção de elos entre o serviço de saúde e a comunidade, requer que os ACS convertam seu capital social em vínculos com os moradores do território. E mais, é preciso que estes vínculos sejam pautados em confiança mútua, que auxiliem a co-responsabilização e que promovam a autonomia dos pacientes. Esta competência pode ser de grande valia para consolidação do novo modelo de atenção em saúde mental.

Dentro da perspectiva da Estratégia de Atenção Psicossocial (YASUI, 2010) a produção de cuidado se dá pela via da identificação das necessidades singulares dos sujeitos, bem como, dos recursos que estão disponíveis para atender as mesmas. “A construção de um projeto terapêutico individual se reveste de um grande desafio. Inicia-se com a semente de

um vínculo, do acolhimento e da escuta do seu mundo, seu modo de viver e seu entorno (família, trabalho, amigos) (YASUI, 2010, p. 149)”. Este semear do vínculo pede que as relações entre cuidadores e indivíduos cuidados prezem pelo compromisso, responsabilidade e afinidade. É tempo de construir uma “clínica de encontros, da invenção, da produção de sentidos (YASUI, 2010, p. 112)”.

O capital social, ou seja, “um capital relacional resultante de um conjunto de normas de reciprocidade, informação e confiança presentes nas redes de sociabilidade informais da vida cotidiana (LIMA e MOURA, 2005 p.113)” que os agentes possuem está marcado por tais características. Fruto da partilha “da vida cotidiana do usuário, no que concerne à prática organizativa da comunidade, ao contexto social e econômico da população, bem como a suas formas de expressão, manifestações culturais e valores (SOUZA ET al, 2010, p.907)”, esta especificidade presente na posição paradoxal ocupada pelos agentes pode ser desdobrada em “uma relação terapêutica, com ênfase na partilha de compromissos e valorização do usuário, fortalece[ndo] o vínculo e produz[indo] democratização da gestão do cuidado, mediante a participação dos usuários nas decisões sobre a saúde que se deseja obter. (SOUZA et al, 2010, p.910). Baralhas e Pereira (2011) após estudo realizado com um grupo de agentes afirmam que o

trabalho do ACS é pautado na extensa construção de laços de confiança, credibilidade e vínculo conforme foi referenciado por Cecílio (2001). Assim, é possível identificar que tal processo ocorre a partir do convívio com as famílias, do esclarecimento da população em relação ao seu trabalho, da proposta dos serviços locais de saúde, do estímulo e do apoio dados pelos demais profissionais de saúde e, acima de tudo, em função do interesse e comprometimento do próprio agente em compartilhar os problemas vivenciados pela comunidade (p. 38)

Por entender que tais características do cotidiano de trabalho dizem respeito ao próprio capital social dos agentes, apontamos/apostamos que este capital, passível de ser transformado em vínculos, é a caixa de ferramentas inicial que o agente comunitário de saúde possui e com a qual ele poderia auxiliar os processos de desinstitucionalização da loucura.

Uma agente relatou no grupo as dificuldades que ela e seus colegas enfrentam para não se envolver com as questões das pessoas que eles atendem. Durante sua fala, ela expõe a frustração de não conseguir apresentar algo resolutivo para o usuário; a fala dela parte da constatação de que para os ACS é mais difícil tomar os pacientes como um caso, tomá-los como um prontuário, um diagnóstico, de reduzi-lo a um problema [Porto Alegre, 10 de Setembro de 2010].

Por partilharem a vida cotidiana com as pessoas a quem atendem, os agentes acabam sendo expostos aos casos de uma maneira distinta dos demais profissionais. Sendo esta distinção tanto em relação à frequência, quanto ao modo de exposição. Como a noção de saúde presente na nossa cultura ainda está bastante atrelada à ideia de adoecimento do corpo físico, a uma disfunção orgânica – sendo este, de forma geral, o motivo que leva a população a procurar os serviços e os profissionais de saúde. E, como as formações para atuar em saúde ainda estão centradas no adoecimento dos órgãos, o contato inicial do profissional é com a queixa, com o órgão que se encontra com o funcionamento alterado, com a doença instalada naquele organismo e não, necessariamente, com o indivíduo em sofrimento (LIMA, 2009). No caso dos agentes, tendo em vista a especificidade que estamos aqui debatendo, antes de serem apresentados às patologias, aos adoecimentos, às disfuncionalidades daqueles organismos, eles conhecem as histórias de vida daqueles a quem atendem. Seus pacientes são seus amigos, vizinhos e conhecidos e não o hipertenso e diabético do prontuário 2357. Isso faz com que uma outra forma de relação inicial paciente-usuário se configure, sendo esta diferença aquilo que estamos chamando de distinção de modo em relação à forma de contato inicial com os usuários.

No que diz respeito à distinção de frequência, por morarem e trabalharem naquele mesmo território e, por serem vistos nas comunidades como ocupantes de uma posição privilegiada em relação a equipe de saúde (BORNSTEIN & STOTZ, 2008) eles são tomados, muitas vezes, como trabalhadores “24 horas por dia e sete dias por semana (sic)”. Durante as duas etapas da pesquisa, ouvimos inúmeras vezes falas relacionadas às dificuldades ligadas a isso. “As pessoas acham que eu tenho uma farmácia em meu bolso? Só pode ser. (sic)”. “Eu acho que quando eu me aposentar, vou ter que me mudar, se não, as pessoas vão continuar indo na minha casa (sic)”. Apontamos que estas distinções, característica da posição ocupada pelo ACS, produzem efeitos de desinstitucionalização da loucura.

O grupo trouxe a ideia de que o cuidado em saúde mental requereria vínculo, além de boa vontade por parte do profissional. Na percepção de alguns agentes, os técnicos tratam os casos de saúde mental como se fosse qualquer coisa, desconsiderando a necessidade “de uma atenção mais adequada e mais necessária nestes casos que nos demais”. Explorando um pouco mais a ideia pela via da produção de exemplos, o grupo deu a entender que essa “boa vontade” e esse “cuidado diferencial” diziam respeito à necessidade de um cuidado mais individualizado, mais atento às especificidades da pessoa que estava sendo cuidada. Foi discutida a intervenção de uma agente. Uma usuária, com “retardo mental”, precisava tomar

uma vacina, mas estava com muito medo porque precisaria abaixar a manga da camiseta. A agente relata que tentou acalmar a usuária, e que a partir do seu vínculo com a paciente foi possível realizar o procedimento [Porto Alegre, 19 de Novembro de 2010].

A temática do vínculo tem sido debatida na literatura técnica da área da saúde como forma de qualificar o atendimento e de materializar o princípio da integralidade (GOMES e PINHEIRO, 2005). Brunello et al (2010) realizaram um estudo bibliográfico acerca das produções que discutiam o tema do vínculo e a atenção primária em saúde, no período entre 1998 e 2007, e concluíram que:

o vínculo é motivo de estudo e inquietações entre os estudiosos de diversas áreas da saúde. Entende-se que o estabelecimento deste tipo de relação entre a equipe de saúde e os usuários tende a melhorar o conhecimento, por parte dos profissionais, dos reais problemas da população atendida pelos serviços de saúde, e facilitar o relacionamento dos usuários com os mesmos, a fim de ambos buscarem juntos, as soluções dos problemas e a melhoria dos serviços (BRUNELLO et al, 2010, p. 134).

Neste ponto, é importante frisar a pluralidade de sentidos contidos na palavra vínculo. Ela “perpassa por áreas das ciências sociais e da saúde assumindo caráter e abordagens diversas tais como: de dimensão, diretriz, estratégia, tecnologia, objetivo e relação (GOMES e SÁ, 2009, p. 366)”. Entendemos vínculo aqui como aquilo que liga, ata duas partes, estabelecendo entre elas relações de interdependência, canais pelos quais circulam afetos entre os sujeitos (CAMPOS, 2003). A proposta aqui defendida é a de que se utilize os vínculos dos agentes com a população e com o território na construção de práticas de cuidado geradoras de autonomia, que reconheçam os indivíduos enquanto cidadãos e enquanto sujeito de direitos, “pois um cuidado que não ajuda os outros a se ajudarem não pode ser considerado integral. Considerando a noção de politicidade do cuidado, verifica-se que o cuidado é capaz de tutelar ou emancipar pessoas (SOUZA ET AL, 2010, p. 909)”.

C. relata uma aproximação com os jovens da sua área, diz que os reúne para jogar futebol. Ele nos conta que um dia disseram pra ele que sabiam o porquê dele fazer aquela atividade. Segundo os jovens, esse era um jeito dele saber “o que todos faziam, já que quando estavam ali não estavam fazendo outra coisa” [Porto Alegre, 10 de Novembro de 2010].

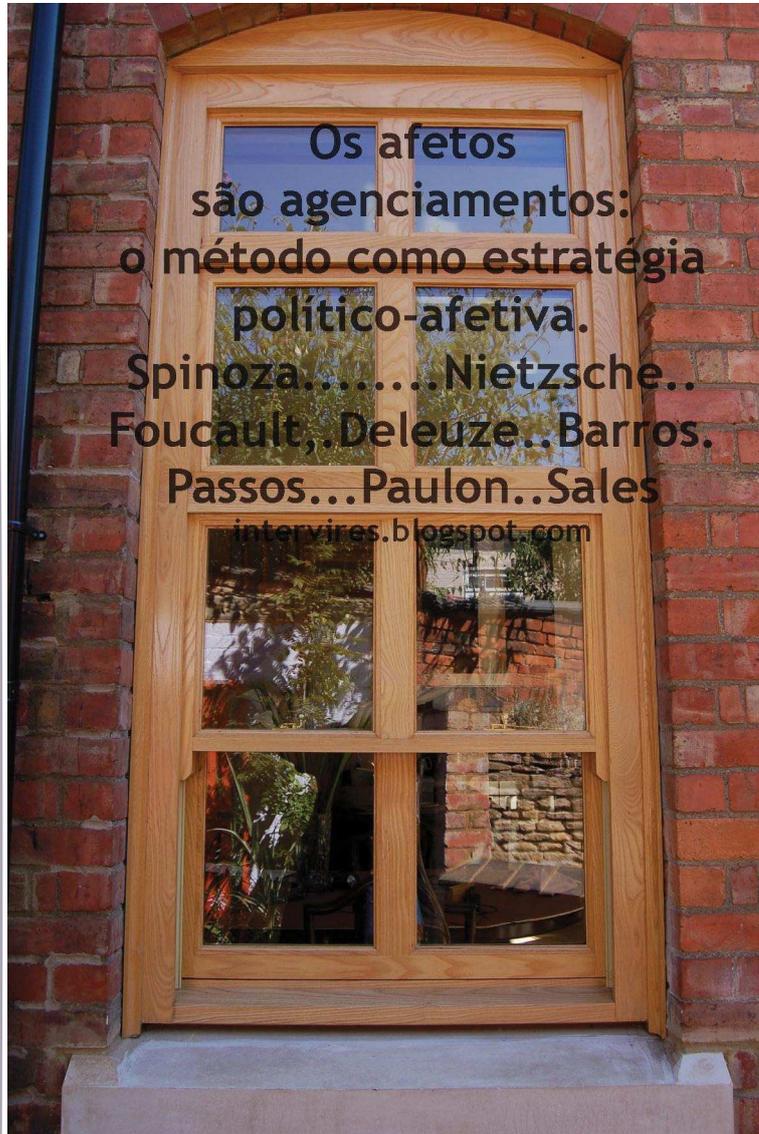
Destaca-se como muito importante esta ressalva sobre a possibilidade de que os vínculos sirvam para gerar controle, dependência e tutela. Afinal, vincular, no próprio uso corrente da palavra, carrega o sentido tanto de estabelecer uma relação entre duas partes,

quanto de aquilo que impõe uma condição ou uma restrição ao movimento (HOUAISS, 2010). Não são produtores de efeitos de desinstitucionalização os vínculos que aumentam o controle sobre a vida, favorecem a docilização dos corpos e impedem, ainda mais, a circulação dos indivíduos pelas cidades. Afinal, Basaglia já sustentava, em 1960, que as ações de cunho mais terapêutico são aquelas que combatem a infantilização do doente, sua manutenção na condição de inválido, de incapaz, e que favorecem uma vida menos tutelada (BASAGLIA, 1991). Desenvolver o protagonismo de sujeitos e fomentar cidadanias é um modo de fazer avançar pragmaticamente os processos de desinstitucionalização da loucura em seu sentido mais radical, a saber: na construção de outras formas de relação da sociedade com a experiência da des-razão.

Dimenstein e Liberato (2009), ao se proporem a pensar sobre os caminhos da desinstitucionalização, apontam que:

Precisamos daqui pra frente nos ocupar não só de expandir serviços substitutivos tal como conhecemos, mas investir em uma rede diversificada de dispositivos que dêem retaguarda ao usuário e às famílias no próprio território, que os ajudem a atravessar suas crises. Precisamos fortalecer a atenção básica como a via de acesso por excelência, como filtro. As experiências exitosas no campo da saúde mental têm em comum o fato de terem direcionado seus esforços para mecanismos eficazes de intervenção na crise e na criação de uma rede de recursos com amplo leque de estratégias interdependentes, não só sanitárias, mas de suporte social, de moradia, de geração de renda, de potencialização das associações, dos recursos comunitários, etc (DIMENSTEIN & LIBERATO, 2009, p. 9).

Vemos na figura dos agentes um possível dispositivo territorial que auxilie na retaguarda das crises, e, por isso, defendemos que a competência de vincular-se pode produzir efeitos de desinstitucionalização. Estamos convictos, contudo, de que a construção dos vínculos aqui defendida não acontecerá de forma natural e espontânea. Alertados pelas experiências anteriores, onde o agir micro-político intenso, a experimentação e as inovações tiveram um papel fundamental nas transformações das práticas, nos propomos a traçar algumas pistas que consideramos importantes na construção destes vínculos, tentando considerar tanto a dimensão do indivíduo em sofrimento e seu entorno social, quanto o trabalhador habitante do paradoxo que vem sendo descrito aqui.



**Os afetos são
agenciamentos: o
método como estratégia
político-afetiva**

Spinoza.....Nietzsche...Foucault...Barros..Passos..Paulon..Sales

5. SEGUNDO ATO

“O ACS é quase uma chave-mestra”, comenta uma ACS, fazendo menção à facilidade com que eles circulam pela comunidade. Eles deixam claro o respeito que os membros da comunidade têm por eles e pelo trabalho deles. Elas dizem que se nós – facilitadores do grupo – formos sozinhos na comunidade vai ser uma coisa, mas que se formos com os ACS, vai ser bem diferente. Com os agentes, seremos recepcionados de outro modo – “Eles [a comunidade] vão fazer brincadeiras e, deixar vocês mais à vontade” [Porto Alegre. 10 de Setembro de 2010].

Toda aposta apresenta uma dimensão de risco a ser enfrentada. Neste momento, nos propomos a pensar os possíveis entraves no que diz respeito ao investimento que estamos realizando na figura do agente comunitário de saúde. A proposição que fazemos aqui está contribuindo para aliviar ou para aumentar as contradições já presentes na função do agente? Como é possível minorar essas contradições? Qual o tipo de suporte se faz necessário para que se faça um uso intencional dos vínculos dos ACS com a comunidade? Como estes vínculos foram construídos? O que eles acarretam? O que trazem de vantagens? Quais são as problemáticas decorrentes disso? Como podemos pensar o que acontece no encontro entre os ACS e a população? O que este encontro pode produzir? Como direcionar aquilo que acontece neste momento singular para construção de um vínculo gerador de autonomia, de cidadania e não de tutela? Afinal, ao defendermos a criação, manutenção, estreitamento e a utilização terapêutica dessa competência de vincular-se não podemos nos eximir de pensar sobre as condições que favorecem e também sobre aquelas que dificultam tal processo.

5.1. Cena um: semeando vínculos

Em relação aos autores que debatem a questão do vínculo – seja entre os usuários e os profissionais, seja entre os usuários e os serviços – há consenso de que ele é algo que precisa ser construído (GOMES & PINHEIRO, 2005; GOMES & SÁ, 2009; BRUNELLO et al, 2010). Um aspecto importante nesta construção diz respeito à dimensão temporal. É preciso que o profissional e o serviço se mantenham como fontes prestadoras de cuidado por um determinado tempo (COELHO e JORGE, 2009), tanto é que a rotatividade dos profissionais é um ponto chave a ser enfrentado na qualificação da assistência prestada pelas equipes de saúde da família. Além do tempo de atuação na comunidade, o desenvolvimento de relações

de confiança e o conhecimento das condições materiais de existência da população são apontados como necessários para a construção de vínculos. No grupo com o qual trabalhamos, ainda que as condições contratuais dos agentes fossem as mais precárias, eles eram a categoria profissional na qual havia menor rotatividade, sendo o tempo médio de permanência destes nas equipes igual ou superior a três anos.

Os autores do campo dão destaque à função das visitas domiciliares como uma ferramenta potente para a vinculação. Pinheiro e Oliveira (2011, p. 195) são enfáticos ao ressaltar que “as visitas domiciliares [são um] importante meio de aproximação do profissional com a realidade vivenciada pelo usuário, bem como, conseqüentemente, de construção dessa relação de amizade e confiança baseada no vínculo”. No grupo com o qual trabalhamos, os agentes reconhecem o momento das visitas como de suma importância para a construção das relações com os usuários. Eles trazem diversos relatos sobre a importância de respeitar os hábitos de vida das famílias atendidas, sobre a impossibilidade de realizar visitas muito cedo, principalmente no severo inverno gaúcho, e sobre a necessidade de se delongar nas visitas realizadas a idosos e a pessoas consideradas mais “necessitadas de atenção(sic)”.

A condição de moradores, como pressuposto para o trabalho dos agentes, contribui para que se consiga criar e manter as relações ao longo do tempo, contudo, este é um ponto que também se apresenta como problemático para os ACS. Os grupos com os agentes nos mostraram que esta é uma característica da qual provém gratificação, mas também sofrimento para estes atores. A função por eles exercida cria um lugar diferenciado dentro da comunidade, sendo que esta sabe reconhecer a importância do trabalho por eles realizado. Os agentes nos contam que são requisitados para os mais variados eventos – “desde casamento, até enterro (sic)” – e que dispõem de certo prestígio em seu território. Ao mesmo tempo, eles trazem as dificuldades de estabelecer limites, visto que são tomados pela população como trabalhadores em tempo integral. “A gente tenta desligar depois das cinco, mas não consegue (sic)”. Eles também relatam que, eventualmente, acabam tendo problemas por não se disporem a revelar as informações a que tiveram acesso no posto de saúde. Soma-se a isto o fato de que eles moram na mesma comunidade e que, por isso, partilham problemas semelhantes aos indivíduos que são alvo de seu cuidado (RESENDE ET AL, 2011). Bondestein, David e Araújo (2010) trazem algumas pontuações que nos ajudam a esclarecer essa posição controversa.

O agente comunitário de saúde (ACS) ocupa posição singular e contraditória no trabalho em saúde na atenção básica: por um lado, é membro da comunidade-alvo e, como tal, também usuário dos serviços públicos de

saúde; portanto, conhece e enfrenta, como membro da classe trabalhadora, as mesmas dificuldades de acesso e de resolutividade que perpassam o sistema público de saúde. Por outro, torna-se integrante, nem sempre legitimado, de uma equipe de saúde cujo processo de trabalho tende a reproduzir, de forma igualmente contraditória, a divisão social do trabalho e as disputas em torno dos projetos terapêuticos (p.94).

O enfrentamento de tal contradição pode acontecer pela via do entendimento de que este espaço de encontro que se dá entre o profissional que oferta cuidado e o usuário que o recebe é constituído pelas diferentes necessidades, expectativas, desejos, limitações e possibilidades, fato que o caracteriza como um campo relacional no qual podem ocorrer conflitos e disputas (MERHY, 2007). A oferta de espaços de compartilhamento de experiências entre os agentes, bem como a melhoria das relações entre estes e as equipes as quais estão ligados, é um caminho pela via do qual – entendendo a complexidade dos problemas em saúde – os ACS possam ir compreendendo as suas limitações e as limitações do próprio sistema de saúde ao qual estão ligados.

Este foi um ganho que uma das agentes apresentou na avaliação dos momentos de formação: “Parece que a gente aprendeu a ser mais realista; deu pra ver que os problemas que eu enfrento aqui são os mesmos que a minha colega enfrenta na área dela, isso ajuda a entender mais as coisas e explicar isso às pessoas (sic)”. Apostamos que mais suporte proporcionado pela equipe e um melhor entendimento dos determinantes do processo de produção de saúde dentro do SUS podem auxiliar os ACS a difundirem isto dentro da comunidade sem, necessariamente, prejudicar os vínculos que estes estejam construindo com ela. Reconhecendo que este campo de encontro pode também ser um campo de conflito e de negociação, tentaremos, a seguir, discutir aquilo que acontece no momento em que agente e usuário são postos frente a frente. Entendemos que este encontro produz nos agentes os mais distintos afetos, sendo, então, necessário pensar, as relações afetivas, entre os agentes, seu território e a população que eles atendem. Para tal, recorreremos as idéias de um antigo filósofo holandês.

A escolha pela dimensão da afetividade pode causar espanto. Afinal, tanto a “Ética” quanto o “Tratado Político”, obras escritas no século XVII, “examina[m] a maneira como o senso comum, a teologia e a metafísica se colocam de pleno acordo para condenação dos afetos e a oposição da natureza humana como essencialmente viciosa (CHAUÍ, 2003, p. 208)”. Desde lá até então, a dimensão da afetividade humana tem sido pensada sempre pela via de uma contra natureza, de algo da ordem do supra natural, algo cujos efeitos são nocivos à produção do conhecimento e ao exercício da racionalidade. Não seria de todo exagerado

afirmar que estes são temas malditos pela filosofia e pela ciência. Baruch Spinoza constrói seu sistema filosófico ancorado na demonstração geométrica analítica euclidiana sobre a natureza humana, em oposição “a aqueles que ao invés de compreender, preferem abominar ou ridicularizar os afetos e as ações dos homens (Ética, L III, prefácio)⁵”. Ele já estava ciente do espanto que a sua obra causaria, pois “a esses [aqueles que abominam e ridicularizam as ações dos homens] parecerá, sem dúvida, surpreendente que eu me disponha a tratar dos defeitos e das tolices do homem segundo o método geométrico, e que queira demonstrar, por um procedimento exato, aquilo que eles não param de proclamar como algo que, além de vão, absurdo e horrendo, opõe-se a razão (Ética, L III, Prefácio)”. A atualidade dessas reflexões – em dias aonde a exclusão dos afetos ainda é uma recomendação explícita, ou não, para o bom exercício do trabalho em saúde – nos leva a seguir a companhia deste pensador na tentativa de melhor compreender aquilo que se dá no momento singular no qual o agente encontra com os usuários.

5.2. Cena Dois: encontros, afetos e efeitos

A obrigação de produzir uma escrita me levou a passar um bom tempo com Spinoza. Isso obrigou meu corpo a entrar, necessariamente, em uma relação de composição com seus livros e ideias. No meio disso, descobri que estava lendo a Ética de um modo inadequado. Esse livro, e talvez alguns outros, não são legais de se sentar e ler de ponta a ponta. Não, não mesmo [Porto Alegre, 05 de Agosto de 2010].

Houve, e há, uma radicalidade nas proposições filosóficas de Baruch Spinoza que o leva a ser tomado, tanto por seus contemporâneos quanto por estudiosos atuais, de uma forma absolutamente intensa. Não tem sido possível não se afetar – para usar um termo que ele suporia adequado – pela intensidade das ideias desse monástico polidor de lentes que viveu na Holanda na segunda metade do século XVII. A influência dele sobre grandes ícones do pensamento na modernidade, como Freud, Nietzsche e Marx; a retomada que alguns pós-modernos como Deleuze fazem de suas idéias; e, acima de tudo, a atualidade das discussões suscitadas por este mestre das lentes nos leva a pensar Spinoza como sendo nosso contemporâneo (CHAUI, 2005).

5 Todas as citações da ética foram feitas usando a seguinte esquema de referência: 1. L – livro (I -V); 2. D – Definições; 3. A – Axiomas; 4. P – Proposição; 5. D – Demonstração; 6. C – Corolário e 7. E – Escólio. Quanto à tradução, empregamos aqui a versão bilíngue indicada na Bibliografia.

Eis listados, então, alguns dos motivos que nos fizeram aqui lançar mão da obra deste filósofo, e se o fazemos é por entender que “é possível fazer um uso inteiramente prático do pensamento spinozista, compreendendo pouco a pouco, nossa própria afetividade, ou seja, apreendendo, fundamentalmente, quais são as relações entre conhecimento e afetividade (SÉVÉRAC, 2009, p.36)”. Percorrendo o território no qual trabalham; sendo moradores daquele espaço; estando cientes dos limites e (im)possibilidades próprias do sistema de saúde do qual são representantes; percebendo que sua atuação oferece, eventualmente, respostas resolutivas; encontrando-se rotineiramente com pedidos que excedem sua alçada de resolução, os agentes experimentam as mais distintos sentimentos: gratificação e sofrimento; prazer e desprazer, gratidão e cobrança; alegria e tristeza. Conforme caracterizado em sessões anteriores, do lugar ocupado por estes sujeitos é praticamente impossível a eles não se afetar. Interessamos aqui entender melhor estes afetos de modo a pensar formas para que eles sejam trabalhados e organizados como ferramenta capaz de potencializar o trabalho – e não de impedi-lo.

Do ponto de vista Político – campo privilegiado de estudo spinozano – as consequências da desnaturalização da afetividade humana tem levando “à construção imaginária de uma natureza humana ideal que em parte alguma existe, a ética tende[ndo] a reduzir-se a regras imperativas de virtudes impraticáveis para seres humanos reais, e a política se [confundindo] com quimeras e utopias (CHAUÍ, 2003, p. 208). A recolocação da natureza humana dentro da ordem da natureza é o pré-requisito para a elaboração das teorias políticas em Spinoza. É isto que permite ao filósofo, diferindo de todos aqueles do seu tempo, defender a democracia como sistema mais adequado aos interesses humanos (CHAUÍ, 2003). Afirmarmos que certos pressupostos do agir em saúde, como a premissa da exclusão dos afetos para que se alcance uma maior eficiência técnica, estão alicerçados também em uma idealização da natureza humana. Entendemos que o pensamento deste autor pode, então, contribuir enormemente para a investigação que estamos fazendo, a saber: quais as pistas devemos seguir no desdobramento do capital social dos agentes em vínculos capazes de produzir efeitos de desinstitucionalização da loucura?

Contudo, esta tarefa nos impõe outro desafio: como fazer um recorte conciso de uma obra tão fecunda, na qual um conceito decorre necessariamente de outro, sem perder em precisão? Como apresentar Spinoza de forma sintética, sem corromper

a teoria espinosana do desejo, das paixões, das relações entre corpo e mente; sua teoria da imaginação como relação de espelhamento entre o eu e o outro; a afirmação de Espinosa de que a razão não vence um afeto, mas somente

um afeto vence outro se for mais forte e contrário ao primeiro; sua concepção da passagem da passividade à atividade como trabalho interpretativo que a mente realiza sobre seus afetos para descobrir-se como causa interna deles. (PEIXOTO-JÚNIOR, 2009, p.372) [?]

Cientes dos riscos que iremos enfrentar, mas inspirados na proposta/aposta de que “a filosofia espinosana é o mais belo convite a perder o medo de viver em ato (Chauí, 2005, p. 75), faremos uma incursão conceitual na obra deste pensador. Nosso intuito com o passeio entre proposições, escólios, corolários e axiomas é pensar, em sua dimensão afetiva, as relações entre os agentes comunitários de saúde, a população por eles atendida e a competência de desenvolvimento de vínculos que discutíamos nas cenas anteriores.

Uma pergunta precisou guiar-me entre proposições, escólios, axiomas e afins. Assim, acompanhando-o para desenvolver uma ideia, compondo-me com quem já se debruçou sobre ele, a leitura e escrita tornaram-se muito prazerosas. Enfim, a Ética me produziu alegria. Para ser mais preciso, produziu amor – em Spinoza amor é alegria com conhecimento sobre aquilo que nos causou tal afeto [Porto Alegre, 05 de Agosto de 2010].

Um Deus imanente e produtor cujas ações decorrem necessariamente da sua potência é o ponto de partida de todo o sistema spinozano. “Por Deus compreendo um ente absolutamente infinito, isto é, uma substância que consiste de infinitos atributos, cada um dos quais exprime uma essência eterna e infinita (Ética, L I, D.5)”. Este é o postulado a partir do qual será possível sustentar que todas as coisas que conhecemos decorrem de variações de uma mesma substância. “Por substância compreendo aquilo que existe em si mesmo e que por si mesmo é concebido, isto é, aquilo cujo conceito, não exige o conceito de outra coisa do qual deva ser formado (Ética, L I, D.1)”. Chauí (2005) nos esclarece que em Spinoza “Deus e a Natureza são uma só e mesma coisa (...) Portanto, Deus não é um super-homem dotado de entendimento onisciente e vontade onipotente (p. 11)”. Está posta uma concepção de “Deus imanente à Natureza, do qual todas as coisas são modificações particulares produzidas não por um ato contingente de escolha, mas pelo exercício necessário de uma potência causal desprovida de qualquer finalidade (GLEIZER, 2005, p. 16)”. Desta definição de Deus como ente infinito decorre que só pode haver uma substância, do contrário, seria necessário admitir que este ser infinito seria limitado por outro ser infinito, o que seria um absurdo. “Há, portanto, uma única e mesma substância constituindo todo o universo, e essa substância é

eterna porque, nela, existir, ser e agir são uma só e mesma coisa. (PEIXOTO-JÚNIOR, 2009, p. 373)”.

Essa substância se manifesta em infinitos atributos infinitos, dos quais, por nossas limitações, só podemos acessar a extensão (dimensão material da existência) e o pensamento. Deus seria, então, a substância cujo conceito não precisaria de qualquer outra coisa para sua formulação. Esta substância seria absolutamente infinita e teria uma infinidade de atributos infinitos que exprimem, então, uma essência eterna e infinita. Disso decorre que aquilo que existe são diferentes modos, ou seja, modificações, afecções da substância e, enquanto tal, não podem ser concebidas sem a substância ou fora dela. Tudo que existe, existe em Deus, e tudo que existe, existe por ser um modo da substância que é Deus. Diante deste cenário, o que seria o homem?

O homem, portanto, contrariamente ao que imaginara toda a tradição, não é uma substância composta de duas outras, mas é um modo singular finito da substância, isto é, efeito imanente da atividade dos atributos substanciais. Ele é uma maneira de ser singular constituída pela mesma unidade complexa que a de sua causa imanente, possuindo a mesma natureza que ela: através do atributo pensamento, é uma ideia ou mente; pelo atributo extensão é um corpo (PEIXOTO-JÚNIOR, 2009, p. 374).

A unidade substancial permite ir contra o entendimento da superioridade da mente sobre o corpo, das ideias sobre as afecções, e da oposição entre razão e as paixões. Uma compreensão mais adequada deste ponto requer um pouco menos de velocidade.

Trata-se aqui de apresentar a tese spinozana do paralelismo. “Esta tese consiste em sustentar que os atributos, embora autônomos, são isônomos, isto é, que embora produzam seus modos em completa independência, eles agem segundo uma mesma lei de produção (GLEIZER, 2005, p. 19)”. O paralelismo cria as condições para que não haja mais uma relação hierárquica entre aquilo que é da ordem da mente – ideias – e da ordem do corpo – afecções. Deleuze (1968) esclarece o que seria este paralelismo: “podemos chamar de ‘paralelas’, na verdade, duas coisas ou duas séries de coisas que estão em uma relação constante, de tal forma que não exista nada em uma que não tenha na outra um correspondente, excluído toda causalidade real entre as duas (p. 94)”. Sendo atributos distintos da substância, extensão e pensamento formam um sistema estruturado de modo que não é possível que se exerça uma ação sobre um que não tenha um correlato sobre o outro. “Espinoza recusa qualquer analogia, qualquer iminência, qualquer forma de superioridade de uma série sobre a outra, qualquer ação ideal que pudesse supor uma preeminência: não existe

superioridade da alma sobre o corpo, assim como não existe superioridade do atributo pensamento sobre o atributo extensão. (DELEUZE, 1968, p. 95)”.

Extensão e pensamento, corpo e alma são unidades organizadas regidas por relações entre suas múltiplas partes, sendo que, algo que afete uma delas terá um correlato no outro. No caso do corpo, trata-se de “uma relação constante segundo a qual suas partes comunicam seus movimentos entre si, de tal forma que qualquer variação nos seus componentes que não destrua essa relação preserva a identidade do indivíduo (GLEIZER, 2005, p. 23)”. Já em relação à alma, esta seria “uma totalidade mental contida em um sistema de representações mais abrangente, constituindo o que Espinosa chama de entendimento infinito de Deus (GLEIZER, 2005, p. 24)”. O homem é uma afecção da substância absoluta, estando, por isso mesmo, em condição de afetar e ser afetado por todos os outros entes existentes.

Uma consequência decorrente do estatuto modal do homem é que ele deixa de ser algo fechado em si mesmo. Na medida em que tem sua condição de existência atrelada à substância absoluta – afinal, os modos são “as afecções da substância, ou seja, aquilo que existe em outra coisa, por meio da qual é concebido (Ética, L I, D 5)” – tal e qual as demais coisas finitas existentes, ele “deixa de ser pensado como objetos fechados e auto suficientes para abrirem-se em seu processo de constituição (GLEIZER, 2005, p. 20)”. Também como os demais entes finitos, ele “esforça-se, tanto quanto está em si, por perseverar em seu ser (Ética, L III. P 6)”.

Nas leituras anteriores, o sentimento era de tristeza, afinal, a minha relação com o livro acontecia de modo que eu me sentisse um estúpido. Isso mudou. Bem melhor agora. De fato, por mais que seja um livro escrito de forma geométrica, racional e lógica, nem de longe ele é só isso. Há intensidades demais naquele livro para reduzi-lo a uma exposição analítica de proposições e conclusões [Porto Alegre, 05 de Agosto de 2010].

Este esforço (*conatus*) não seria apenas uma inércia existencial, algo que faz com que o indivíduo persevere sempre o mesmo. “O *conatus* não deve ser (...) compreendido como uma tendência a passar a existência: precisamente por que a essência do modo não é um possível porque é uma realidade física que não carece de algo, não tende a passar a existência (DELEUZE, 1968, p. 118)⁶”. Poder não existir é impotência, “ao passo que poder existir é

6 Em toda a sua obra, Spinoza trabalha com uma ontologia do necessário, ou seja, partindo da proposição de que “as coisas não poderiam ter sido produzidas por Deus de nenhuma outra maneira nem em qualquer outra ordem que não aquelas que foram produzidas” (Ética, LI, P 33). Caso isso fosse possível, teríamos de admitir que a natureza de Deus também poderia ser outra, e como a substância é algo em que existe necessariamente,

potência, quanto mais realidade a natureza de uma coisa possuir, tanto mais ela terá força para existir em si mesma (Ética, L I, P 11, E)”. O *conatus* é um princípio “também de auto-expansão e realização de tudo o que está contido em sua essência singular (GLEIZER, 2005, p. 31)”. Tal esforço “é descrito por Espinoza como sistema de afecções recíprocas entre os constituintes de um corpo e os corpos ambientes, pois o corpo humano é afetado ou movido por eles porque necessita de muitos outros que o regeneram e conservam na existência, podendo, por seu turno, mover ou afetar os demais corpos de inúmeras maneiras (CHAUÍ, 2003,p.134) . O *conatus* é o esforço para expandir sua potência. Em Spinoza os corpos são definidos por sua potência. O homem – essência singular; formado no atributo extensão pelo aglomerado complexo de muitos corpos moles e duros dotados de diferentes potências de afetar e ser afetado e no atributo pensamento, por um conjunto de idéias contidas no entendimento infinito de Deus – poderia ser definido como uma potência de existir e agir, sendo esta a sua essência atual.

O *conatus* tem uma dimensão de esforço na medida em que a perseveração na existência pode ser refreada por uma causalidade externa. Trata-se aqui do “indivíduo corporal entendido como um sistema de forças centrípetas e centrífugas, cuja proporção de movimento e repouso é conservada (equilíbrio das forças), aumentada (se a força centrípeta é maior) ou diminuída (se a força centrífuga for maior) (CHAUÍ, 2003, p. 135)”. A dinâmica do *conatus*, sua alteração ao longo do tempo e ao sabor dos encontros entre os corpos será a base da pela via da qual a afetividade humana será compreendida por Spinoza.

Como dissemos acima, os entes finitos, na medida em que são afecções da substância, são capazes de afetar-se mutuamente, ou seja, eles podem interferir um no outro e isto pode alterar a potência destes corpos. Os encontros entre corpos, modos do atributo extensão, e entre ideias, correlatas do atributo pensamento, são a primeira condição de possibilidade para modificar o *conatus*. O que esse encontro produz? Do encontro decorre aumento ou diminuição das potências de ação dos envolvidos. Na medida em que “um modo existente define-se por certo poder de ser afetado (Ética, L III, P 1 e 2)”, os entes podem passar de uma perfeição maior para uma menor e vice-versa, a depender da relação que eles estabeleçam entre si. Duas são as possibilidades para um encontro entre dois modos existentes, “conforme o caso, sua potência de agir ou força de existir aumenta ou diminui, visto que a potência do

tudo que decorre da sua natureza infinita tem caráter necessário não havendo outra razão se não a nossa ignorância para que se pense um mundo de possíveis ou contingentes. A temática é trabalhada mais detalhadamente em Deleuze (1989)

outro modo lhe seja junta, ou, ao contrário, se lhe subtraia, imobilizando-a e fixando-a (Ética, L IV, P 18, D)”.

Quando cartografamos territórios existenciais, cartografamos os nós que há em nós... e podemos encontrar de tudo! O legal está em buscar até onde pode o corpo, prudentemente no sentido spinozano! Sigo desejando que as terras gaúchas te ofertem muitas intensidades, descobertas, potencias inimagináveis para você. [Comentário de Ana Karenina Amorin postado em http://inspiracaocartografica.blogspot.com/2010/07/03-de-julho-cabaret-o-que-pode-um-corpo_04.htm no dia 05 de julho de 2010].

Ao encontro, onde houver o aumento da potência, será chamado de bom, ao passo que aquele onde houver a diminuição da potência será chamado de mau. A dinâmica do *conatus* é tal qual que “se uma coisa aumenta ou diminui, estimula ou refreia a potência de agir do nosso corpo, a ideia dessa coisa aumenta ou diminui, estimula ou refreia a potência de pensar da nossa mente (Ética, L III, P 11)”. O aumento da nossa potência, causado por algo externo, fruto de um bom encontro, será uma paixão alegre e nos ocasionará o afeto da alegria. Já a diminuição da nossa potência, causada por algo externo, fruto um mau encontro, será uma paixão triste e nos ocasionará um afeto de tristeza.

A individualidade de um corpo seria um conjunto de relações compostas e complexas de movimentos e repousos que se mantém ao longo do tempo, mesmo com todas as modificações que este corpo vá sofrendo. Acontece que a individualidade está sujeita, ao sabor do acaso, a realizar bons e maus encontros. (DELEUZE, 1978-1981/2009). “Quando faço um mau encontro, isto quer dizer que o corpo que se mistura com o meu destrói minha relação constituinte; ou tende a destruir minhas relações subordinadas (...) Misturar-se mal quer dizer, misturar-se em condições tais que uma de suas relações subordinadas, ou que a sua relação constituinte está amenizada ou comprometida, ou mesmo, destruída. (DELEUZE, 1978-1981/2009, p. 34-35). Alegria, tristeza e desejo, este último entendido como o “esforço para perseverar em seu ser por uma duração indefinida (Ética, L III P 9)”, ou seja, o esforço consciente para buscar aquilo que supomos ser útil a nossa conservação. Alegria, tristeza e desejo, eis a tríade de afetos primários, definidos em relação à variação do *conatus*, a partir dos quais Spinoza busca compreender a natureza humana.

Percorrendo o território no qual trabalham; sendo moradores daquele espaço; estando cientes dos limites e (im)possibilidades próprias do sistema de saúde do qual são representantes; percebendo que sua atuação oferece, eventualmente, respostas resolutivas;

encontrando-se rotineiramente com pedidos que excedem sua alçada de resolução, os agentes experimentam tanto paixões alegres quanto paixões tristes. A questão de trabalhar e morar em um mesmo lugar apareceu reiteradamente no discurso dos agentes como aquilo que conferia maior satisfação no trabalho – *Afinal, a comunidade reconhece o que a gente faz* – e que também era o maior causador de sofrimento neste – *Muita gente não entende que nós temos ética e não podemos falar para eles as coisas que escutamos no posto.*

No trabalho cotidiano os agentes encontram as mais diversas situações, os mais diversos comportamentos daqueles a quem atendem, e isso os afeta diretamente. Há desde grandes momentos de alegria, frente ao engajamento de um determinado paciente em um tratamento, mas também grande tristeza e frustração diante da recaída de um usuário de droga que vinha se mantendo abstinente. Esta ambiguidade é geradora de sofrimento, o qual é potencializado por uma expectativa idealizada de que um bom trabalhador em saúde não se deixa afetar por tais situações. Durante os momentos de formação, a frase *vocês sabem como se separar disso, nós não* compareceu inúmeras vezes.

Eis aqui nossa aposta em relação aos agentes – ainda que não restrita a eles – quando tomados por paixões tristes, despotencializados por elas, eles não são capazes de avançar na construção de algo novo. Repetem, infindavelmente, o discurso da inexistência de vagas para consultas com médicos especialistas, a falta de leitos psiquiátricos para internação dos pacientes, realizam as visitas domiciliares de forma burocráticas, e seus atos tenderão para uma perspectiva de controle e geração de dependência por parte daqueles que eles atendam. Já quando movidos por paixões alegres, quando conseguem ver algum fruto de seu trabalho, quando têm respaldo e retaguarda das suas equipes para o desenvolvimento das ações, quando afetados por um corpo que aumente sua potência de agir, eles podem inovar, desenvolver estratégias de cuidado outras, como, por exemplo, o encaminhamento dos pacientes de posse de bilhetes por eles assinados pedindo atendimento imediato e o aumento do tempo das visitas para os usuários que são mais fragilizados.

Do ponto de vista da competência de desdobrar o capital social que possuem em vínculos, apontamos/apostamos que é mais provável que os bons encontros e toda a dimensão da alegria que eles envolvem frutifiquem em vínculos: geradores de autonomia; centrados no cuidado das necessidades daquele a quem o agente atende; capazes de serem mantidos ao longo do tempo; produtores de co-responsabilização entre aquele que cuida e quem é cuidado e potentes para produzir, assim, efeitos de desinstitucionalização. Caso ocorra um mau encontro, frente à paralisação e à impotência que os afeta quando tomados pela tristeza, os

frutos oriundos destes tenderão a gerar vínculos disseminadores de práticas segregacionistas e manicomiais como as que vêm caracterizando tradicionalmente a atenção em saúde mental.

Afirmar que bons encontros e alegria no trabalho cotidiano dos agentes podem produzir efeitos de desinstitucionalização serve para demarcar a posição de que o trabalho em saúde envolve, necessariamente, a afetividade do trabalhador. Vemos nisto também a identificação de uma pista sobre as possibilidades do trabalho em saúde mental na atenção primária. Contudo, gostaríamos de ir adiante. Fazendo, como mencionado anteriormente, um uso absolutamente instrumental da obra de Spinoza, nos proporemos a discutir como sair do acaso dos encontros e das paixões para produzir alegrias ativas. Em outras palavras, debateremos o caminho traçado por Spinoza na *Ética* para que possamos sair do domínio das paixões no qual ainda estamos em uma posição passiva frente aos demais entes que nos rodeiam, rumo a uma alegria ativa e à liberdade. Liberdade que nos conduzirá no caminho da produção de efeitos de desinstitucionalização da loucura.

5.3. Cena três: das paixões às alegrias ativas

O grupo dos agentes fez um movimento muito inusitado hoje. Eles levaram uma funcionária da unidade de saúde em que eles trabalham para o grupo de formação. Quando perguntamos o porquê, eles disseram que “estavam com medo de que ela fizesse alguma besteira”. Eles temiam que ela pudesse cometer suicídio já que estava muito mal por conta do filho que usava drogas. Eles acreditavam que com a nossa ajuda poderiam escutá-la e pensar em algo para fazermos em conjunto [Porto Alegre, 17 de Setembro de 2010].

A tese da unicidade da substância e do paralelismo entre os atributos extensão e pensamento leva Spinoza a pensar o exercício da racionalidade de uma maneira absolutamente singular. Dizemos isto, pois o exercício da razão em Spinoza está relacionado, em um primeiro momento, à organização dos encontros de nossos corpos com os demais, de forma a experienciar o máximo de paixões alegres e, em um segundo momento, a descobrir aquilo que é comum entre aquele corpo e o nosso, produzindo alegrias ativas. Sendo assim, os encontros de nosso corpo com os outros corpos e os efeitos que decorrem disto são condições necessárias para o exercício da racionalidade. “Na verdade, as paixões alegres aumentam nossa potência de agir, a razão é potência de compreender, potência de agir própria da alma; as paixões alegres convêm, portanto, com a razão, nos conduzem a compreender ou nos

determina que sejamos racionais (DELEUZE, 1968, p. 252)”. Novamente é preciso um pouco menos de velocidade.

Dos encontros decorre o aumento ou a diminuição das potências de ação dos envolvidos. Lembremos que “um modo existente define-se por certo poder de ser afetado (Ética, L III, P 1 e 2)”. E que, “conforme o caso, sua potência de agir ou força de existir aumenta ou diminui, visto que a potência do outro modo lhe seja junta, ou, ao contrário, se lhe subtraia, imobilizando-a e fixando-a (Ética, L IV, P 18, D)”. O primeiro movimento da razão, para ir organizando os encontros, diz respeito aos usos que o atributo pensamento, nossa capacidade de pensar e de criar, vai conseguindo fazer das marcas que estes encontros produzem sobre o nosso corpo. Este movimento da razão é o primeiro passo para que se possa falar em liberdade e atividade em Spinoza.

Spinoza diz isso, pois, combate duramente à noção de livre arbítrio entendido como “um poder absoluto de sim e de não (GLEIZER, 2005, p. 08)”. Esta crença em uma vontade absoluta e livre seria fruto de uma ilusão, posto que

os homens se crêm livres porque são conscientes de suas volições e apetites e ignoram as causas que os dispõem a querer e apetecer. Assim, um desejo cujo múltiplo condicionamento causal é ignorado é apreendido como um desejo incondicionado, o sujeito considerando-se como sua causa primeira e única. (GLEIZER, 2005, p. 09).

Não por acaso, Spinoza considera a servidão humana como a impossibilidade de regular os afetos. Ele afirma que “o homem, submetido aos afetos não está sob o próprio comando, mas sob o do acaso, a cujo poder está a tal ponto sujeitado que é, muitas vezes, forçado, ainda que perceba o que é melhor para si, a fazer, entretanto, o pior (Ética, L IV, Prefácio)”. Sendo assim, liberdade e atividade em Spinoza não estão relacionadas a uma escolha racional entre duas alternativas igualmente possíveis, mas à capacidade de passar a ser causa adequada de alegrias ativas. Tanto atividade quanto passividade podem produzir alegria. A diferença entre elas residiria naquilo que as causa.

A alegria passiva é produzida por um objeto que convêm conosco, cuja potência aumenta a nossa potência de agir, mas do qual ainda não temos uma ideia adequada. A alegria ativa é produzida por nós mesmos, ela decorre de nossa própria potência de agir, ela deriva de uma ideia adequada em nós. (DELEUZE, 1968, p. 253).

Fica claro, a partir daí, que a questão da passagem da passividade para a atividade está ligada à produção de ideias adequadas. Está é a pista que devemos, então, seguir.

Hoje uma agente nos contou que não conseguia mais trabalhar na sua micro-área, pois sabia que o assassino do seu neto era morador de lá. Ela diz que não tinha como cuidar de ninguém naquele lugar, pois o espaço só remetia a tristezas e a dor. Ela pediu a gerência para trocar de micro-área. Depois de algum tempo, o pedido dela foi atendido. Ela disse que na nova micro-área conseguiu voltar a trabalhar direito [Porto Alegre, 10 de Setembro de 2010].

No livro dois, axioma três da Ética, Spinoza assim define ideia: “modo do pensamento, primeiro modo em relação aos demais modos de pensar, distinguindo-se deles”. Uma outra tradução da mesma passagem assim nos apresenta o ponto: “por ideia, compreendo um conceito da mente, que a mente forma porque é uma coisa pensante”. Nesta segunda tradução há ainda o adendo de uma explicação referente ao uso de alguns termos. “Digo conceito e não percepção, por que a palavra percepção parece indicar que a mente é passiva em relação ao objeto, enquanto conceito parece exprimir uma ação da mente”. Ou seja, as ideias são fruto da essência da mente enquanto coisa pensante; são modos do atributo pensamento, se caracterizando enquanto atividade deste. Tal e qual os corpos físicos são os modos do atributo extensão, tendo este como sua condição de possibilidade de existência, as ideias são modos do atributo pensamento enquanto coisa pensante, ou seja elas têm este como condição de possibilidade de sua existência. Chauí (2005), apresentando a noção de ideia em Spinoza afirma que é possível distingui-la em duas categorias: imaginativas ou inadequadas e intelectivas ou adequadas.

O que caracteriza a adequação ou inadequação de uma ideia diz respeito ao conhecimento daquilo que causa a ideia. Uma ideia adequada, “conhece tanto a causa que produz essa coisa quanto a causa que produz a própria ideia em nós (CHAUÍ, 2005, p. 99)”. Já uma ideia inadequada ou imaginativa se caracteriza pela “imagem de uma coisa sem o conhecimento (...) da causa real da coisa (CHAUÍ, 2005, p. 100)” nem, tão pouco, daquilo que causa a ideia em nós. Uma ideia inadequada seria uma consequência da qual não conhecemos as premissas. Orientados por estas considerações, boa parte das nossas intervenções junto ao grupo de formação com os agentes, consistiram em ir revelando várias premissas presentes nas ações deles, de modo a ajudá-los a ir construindo idéias adequadas – no sentido aqui defendido – sobre o próprio trabalho. Este movimento criou condições favoráveis para que os agentes pudessem ir entendendo a forma como eram atravessados – desapercivelmente – por lógicas distintas, e que estas, orientavam suas ações. Ou seja, a passagem da conclusão sem premissas - característica das idéias inadequadas - para

conclusões com premissas mais claras favoreceu a análise das implicações dos agentes com a realidade sobre a qual eles operam.

Pensando o psicólogo como um profissional que faz perguntas, o que fazer quando te pedem respostas? A melhor saída que consegui foi sustentar um espaço de escuta e questionamento para que aqueles que vieram até a mim pudessem ir tentando compreender melhor a infinidade de determinantes envolvidos em seus atos. Seria esta a especificidade da escuta psicológica? Sustentar isso, seria um modo possível de pensar a função de suporte às ações da equipe [Porto Alegre, 14 de Agosto de 2011]?

As ideias sejam elas adequadas ou não, são produzidas a partir das relações que os entes estabelecem entre si. Os encontros, seus afetos, seus efeitos e suas afecções são a matéria de onde provirão as ideias. A questão sobre a validade, veracidade e, mesmo sobre a utilidade que o conhecimento produzido terá, diz respeito à relação que o pensamento vai estabelecer com estas ideias de modo que elas sejam conhecidas por suas causas. Mas o que seria conhecer pela causa? “É conhecer a origem necessária de alguma coisa conhecendo a maneira pela qual ela é produzida por outra. É conhecer a gênese de uma coisa determinada (Chauí, 2005, p. 34)”. Spinoza optou pela matemática na medida em que a causalidade própria desta é da ordem do necessário e não do contingente. Isso por que

a própria causa deve ser conhecida, pois, em segundo lugar, conhecer por seu intermédio nada mais é senão conhecer o modo pela qual ela engendra de maneira necessária um efeito determinado (...) operando exclusivamente com causas eficientes ou produtoras, imanes aos objetos produzidos, a matemática alcança o conhecimento da gênese necessária do conhecido por que conhece a atividade de sua causa geratriz.(CHAUÍ, 2003, p. 202).

Na medida em que o atributo pensamento trabalha e vai conseguindo se apropriar das causas adequadas, vão sendo produzidos os diferentes gêneros de conhecimento.

O primeiro gênero é um fruto bruto da experiência sensorial e da atividade imaginativa. “Imaginar é conhecer as imagens das coisas (...) A imagem é um efeito da ação de causas externas sobre nós, (...) [ela] não nos oferece a própria coisa como é em si mesma e sim o que julgamos que ela seja pelo efeito externo que afeta nossos órgãos do sentido e nosso cérebro. Por isso, indica o que se passa em nós e não a natureza da coisa externa (Chauí, 2005, p. 35)”. De acordo com o conceito de adequação apresentado acima, as ideias imaginativas serão, necessariamente, inadequadas na medida em que são baseadas não na causa de algo, mas no efeito que este algo exerce sobre nosso corpo. As ideias, nesse sentido,

são as próprias imagens, trata-se de marcas de um corpo exterior sobre o nosso. “A mente pode considerar como presentes, ainda que não existam nem estejam presentes, aqueles corpos exteriores pelos quais o corpo humano foi uma vez afetado (Ética, L 2, P 17, C)”.

Uma agente nos contou bastante da sua história. Ela relata que foi deixada pelo marido, com seus dois filhos. Um deles era usuário de drogas e o outro o controlava. Acontece que pouco tempo depois que o marido foi embora, o filho que cuidava do irmão usuário morreu num acidente de carro. Nesta ocasião, ela contou muito com apoio da comunidade e sentiu-se bastante valorizada, pois no velório do filho todos foram, incluindo pessoas que ela não conhecia, mas que foram dar seu apoio por saberem do trabalho dela [Porto Alegre, 15 de Agosto de 2010].

Sendo assim, as idéias imaginativas, ou, simplesmente as imagens são signos. São indicativos de um estado atual do nosso corpo ou fruto de marca passada. Indicam os efeitos de um corpo exterior sobre o nosso, esteja este corpo presente no momento ou não. Contudo, enquanto signos não têm poder explicativo, pois não exprimem nenhuma essência de um corpo exterior, indicando, apenas, a presença deste corpo exterior e do seu efeito sobre o nosso (DELEUZE, 1989). Os signos estarão ligados à memória e ao hábito e, na medida em que um corpo pode ser afetado por uma infinidade de corpos, ao sabor do acaso, imensa será a capacidade de, associando signos distintos, produzir grandes ficções como cavalos alados, vampiros, lobisomens ou outras entidades cuja existência seja meramente especulativa e imaginativa. A característica principal deste tipo de conhecimento é ser determinado pelo acaso dos encontros e de ser formado por idéias inadequadas.

Afirmo expressamente que a mente não tem, de si própria, nem de seu corpo, nem de corpos exteriores, um conhecimento adequado, mas apenas um conhecimento confuso, sempre que percebe as coisas segundo a ordem comum da natureza, isto é, sempre que está externamente determinada, pelo encontro fortuito com as coisas, a considerar isto ou aquilo. (Ética, L II, P39 E).

O exemplo de Spinoza não poderia ser mais claro. Quando afirmo que o sol é uma bolinha amarela, o faço exclusivamente pelo efeito que a luz solar exerce sobre o meu sistema sensorial, ou seja, pelo efeito que aquele corpo exerce sobre o meu corpo. Isso não diz da causa pela qual o meu corpo apreende o sol desse modo, muito menos da causa que faz o sol assim o ser, quando, de fato, ele nem o é. Portanto, esta é uma ideia inadequada e que serve apenas de signo, de indicativo do modo como meu corpo recebe esta afecção (DELEUZE,

1989). Uma relação diferente marca a passagem para o segundo gênero do conhecimento. Fruto das paixões alegres trata-se aqui do primeiro esforço da razão para compreender aquilo que lhe convém. “Conhecimento dedutivo, regido pela razão, que deixa para trás o ‘ouvi dizer’ ou as experiências vagas do primeiro gênero (SILVEIRA, 1999, p. 41)”. Chegamos agora à terra das noções comuns.

A relação dos agentes com o fato de morar e trabalhar em um mesmo lugar é de amor e ódio, sem dúvidas. Hoje, tentamos muito clarificar isso. Acho que alguns deles puderam perceber que é disso que decorre grande parte do reconhecimento do trabalho, dos ganhos imateriais da função e tudo mais. O difícil é tentar estar com eles na elaboração da contradição de que o preço deste reconhecimento é a ansiedade que eles sentem quando não podem ajudar como esperam. [Porto Alegre, 19 de novembro de 2010].

A teoria das noções comuns é o modo pelo qual Spinoza concebe a racionalidade humana. “A este modo me referi como razão e conhecimento de segundo gênero (Ética, LII, P 40, E)”. Ela parte do princípio de que é possível, ao sabor dos encontros ao acaso, reconhecer a existência de algo em comum entre os corpos em relação⁷ e que, a partir das experiências de composição e de aumento de potência oriundo dos encontros, é possível ir formando um conjunto de ideias sobre as relações que favorecem o aumento da potência do corpo.

Durante o tempo em que não estamos tomados por afetos que são contrários à nossa natureza, a potência da mente, pela qual ela se esforça para compreender as coisas, não está impedida. E, por isso, durante este tempo, ela tem o poder de formar ideias claras e distintas. “Conseqüentemente durante este tempo, nós temos o poder de ordenar e de concatenar as afecções do corpo segundo a ordem própria do intelecto (Ética, L V, P10, D)”. Ou seja, quando não estamos sob efeito das paixões tristes que nos impedem de compreender, temos a capacidade de formar ideias adequadas que compõem as noções comuns. Deleuze sintetiza, assim, o movimento de formação das noções comuns:

Procuramos primeiramente experimentar um máximo de paixões alegres (primeiro esforço da razão). Procuramos, portanto, evitar as paixões tristes, escapar do seu encadeamento, conjurar os maus encontros. Em segundo

7 Ainda que, na Ética, as noções comuns sejam apresentadas das mais gerais para as mais singulares, em termos práticos, elas se formam das mais específicas – aquelas que dizem respeito às relações do meu corpo com outros corpos que estabelecem relações de composição com o meu – às mais gerais – aquelas relacionadas aos corpos que não estabelecem relação de composição com o meu. Interessa aqui demarcar o quê prático da teoria das noções comuns do ponto de vista da problemática spinoziana, sendo tamanha a importância desta que Deleuze (2002) em uma análise sobre a evolução de Spinoza as aponta como marcos redefinidores do pensamento deste.

lugar, usamos as paixões alegres para formar a noção comum correspondente, da qual decorrem alegrias ativas (segundo esforço da razão). Essa noção comum está entre as menos universais, pois ela se aplica apenas a meu corpo e a corpos que convêm com ele. Mas ela nos torna ainda mais fortes para evitar os maus encontros; e, principalmente, ela nos permite a posse de nossa potência de agir e de compreender. Então, em terceiro lugar, nos tornamos capazes de formar noções comuns mais universais, que se aplicam a todos os casos, até mesmo aos corpos que nos são contrários; tornamo-nos capazes de compreender até mesmo nossas tristezas, e de tirar dessa compreensão uma alegria ativa. Somos capazes de enfrentar os maus encontros que não podemos evitar, reduzir as tristezas que subsistem necessariamente em nós. (DELEUZE, 1968, p. 265).

Nesse sentido, a razão enquanto ação do atributo pensamento fará um esforço para pôr uma ordem nos encontros, de modo que nos convenha, que traga o nosso bem. As noções comuns são ideias adequadas por reconhecerem tanto o aumento da potência como proveniente dos encontros com os corpos que nos convêm (indo de uma paixão alegre, na qual a posição do corpo ainda é passiva até uma alegria ativa, quando conseguem nomear e buscar aquilo que causa a alegria). Sendo assim, na medida em que definimos acima uma ideia adequada como aquela que “conhece tanto a causa que produz essa coisa quanto a causa que produz a própria ideia em nós (CHAUÍ, 2005, p. 99)”, não resta dúvida de que as noções comuns são ideias adequadas. O que há de falho nelas e que marca sua passagem para o gênero seguinte de conhecimento é a captação das essências. Diz-se isso, pois as noções comuns só são aplicáveis aos modos existentes, não permitindo, então, nenhum acesso às essências.

O terceiro gênero seria aquele no qual ocorre a apreensão imediata da essência das coisas, sendo passível de apreendê-las sob a perspectiva da eternidade. Trata-se do acesso via intuição intelectual às essências singulares, um “conhecimento de sua natureza íntima por conhecer suas causas e efeitos necessários, assim como suas relações internas e necessárias com as outras e com a Natureza inteira (CHAUÍ, 2005, p. 36). A possibilidade de ascensão a esta modalidade de conhecimento está intimamente ligada a uma compreensão e aproximação da essência divina. Observemos o escólio da proposição 31 do quinto livro da *Ética*, ele nos diz: “quanto mais cada um se torna mais forte nesse gênero de conhecimento, tanto mais está consciente de si, isto é, tanto mais é perfeito e feliz”. Ele não é menos enfático ao afirmar, no corolário da proposição 32 que “do terceiro gênero do conhecimento nasce, necessariamente, o amor intelectual de Deus. Pois, desse gênero do conhecimento nasce uma alegria que vem acompanhada da ideia de Deus como sua causa, isto é, o amor de Deus não enquanto o imaginamos como presente, mas enquanto compreendemos que Deus é”. A chegada ao terceiro gênero significa uma apreensão imediata da ontologia spinozana na qual “o ser

unívoco é a substância absolutamente infinita, isto é, constituída por uma infinidade de atributos iguais realmente distintos, cujos produtos são modos, maneiras de ser que existem nos atributos (MACHADO, 2010, p. 59)”.

Por fim, explicitamos o status de condição de possibilidade que o segundo gênero exerce sobre o terceiro. Spinoza não deixa dúvidas de que só é possível chegar a este tendo passado, necessariamente, por aquele. As ideias que são em nós claras e distintas, ou seja, que estão referidas ao terceiro gênero de conhecimento não podem se seguir de ideias mutiladas e confusas, as quais estão referidas ao primeiro gênero do conhecimento, mas a ideias adequadas, ou seja, do segundo ou terceiro gênero de conhecimento. Portanto, o desejo de conhecer as coisas por meio do terceiro gênero de conhecimento, “não pode provir do primeiro, mas, sim, do segundo gênero de conhecimento (Ética, L V, P 28, D)”.

As paixões e os afetos não são uma deformação do pensamento, puro e racional, mas existem simplesmente e são, portanto, imprescindíveis para que o pensamento venha a existir. Em Spinoza, elas são a condição de possibilidade na medida em que formam as noções comuns a partir das quais começamos a distinguir os corpos que compõem conosco, daqueles que nos decompõem. Esta é a passagem que nos interessa e que pode ser útil para o desdobramento do capital social dos agentes em vínculos produtores de autonomia e liberdade. A aposta/proposta que fizemos, e fazemos, assusta pela simplicidade e peca pela obviedade. Contudo, ela inova pelos efeitos que pode produzir e pelo questionamento radical que faz em aos binômios: afeto-racionalidade e afetividade-trabalho.

Na medida em que oferecemos um espaço de troca e de circulação de falas e afetos para com os agentes, foi possível criar as condições de possibilidade para que estes explorassem as diversas formas como eles são afetados pelos seus campos de trabalho – que também são seus territórios de vida – possibilitando-lhes a formação de um entendimento maior acerca da forma como determinadas situações exercem influência sobre eles. Conhecendo tanto os inúmeros determinantes que perpassam o seu trabalho, quanto a forma como os diversos pedidos e demandas que chegam a eles, tentamos produzir com os agentes um espaço capaz de gerar alegrias ativas. Neste sentido, falamos da passagem de um pensamento reativo para um pensamento ativo, onde as ações precisam se dar a partir do encontro:

Em outros termos, apenas por meio das paixões alegres nós nos aproximamos daquele ponto de conversão em que podemos deixar de apenas padecer, para podermos agir; deixar de ter apenas paixões, para podermos ter ações, para podermos desdobrar nossa potência de agir, nosso poder de afetar, nosso poder de sermos a causa direta das nossas ações, e não de

obedecermos sempre a causas externas, padecendo delas, estando sempre à mercê delas (PELBART, 2009, S/N).

O espaço de encontros que esta pesquisa produziu serviu tanto para demarcar como legítimas e interessantes as diversas estratégias de cuidado desenvolvidas pelos agentes – reconhecimento este que, muitas vezes, não acontece por parte das equipes, nem das coordenações e nem dos próprios agentes – quanto para propiciar um melhor entendimento daquilo que perpassa o trabalho dos agentes. Tendo como pressuposto que os bons encontros, os que produzem alegria, são aqueles dos quais provêm vínculos capazes de gerar efeitos de desinstitucionalização, e compreendendo que isto só é possível quando os indivíduos são capazes de ordenar seus encontros de forma a sair da passividade para a atividade, entendemos ser urgente e inadiável a construção de diversos dispositivos de suporte a esta categoria profissional. O estímulo à construção de espaços formais e informais de troca de experiência, de circulação de falas e afetos entre os agentes, nos quais eles possam construir ideias adequadas sobre a forma como os corpos a quem eles atendem os afetam são necessários para que este potente ator possa vir a ser tomado como dispositivo territorial na tão almejada consolidação do novo modelo de assistência.

Acreditamos ter criado condições que permitam aos agentes compreenderem as “cargas presentes no trabalho do Técnico Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2004b, p. 26)” ainda que não o tenhamos feito pela via da exposição direta de “conceitos, tipos, efeitos sobre a saúde do trabalhador (BRASIL, 2004b, p. 26)”, muito menos pela via das “medidas de prevenção (BRASIL, 2004b, p. 26)”. Se o fizemos, foi propiciando um espaço de troca e partilha de experiências e apontando direções para que eles pudessem ir construindo uma “ética no trabalho em saúde (BRASIL, 2004b, p. 26)”. Formação-intervenção “em curso”: esta foi nossa aposta no per-curso de experimentações que ofertamos com a presente pesquisa.

Não é nada simples ler algo que tenta desconstruir tudo aquilo sobre o qual se erigem os fundamentos da modernidade. Num sábado, já sem muito saco para as coisas, resolvi me aventurar em umas aulas do Oswaldo Giacóia Júnior sobre Nietzsche. Linguagem, consciência, rebanho e o corpo como fundamento para uma nova forma de se pensar a subjetividade: topei a parada. Entrei no mensseger para ver se Flávio estava on-line – queria poder discutir com ele minhas impressões sobre o texto. Nada. Pensei em Isaac. Sábado à noite, ele certamente tem mais o que se fazer. Já eu não tenho. Não aqui com essa chuva chata e com a preguiça de viver que me assola. Diário é lugar de construção e de dúvidas, então, vamos lá [Porto Alegre, 24 de julho de 2010].



A intervenção
abrindo múltiplas
saídas

Guattari

6. TERCEIRO ATO

6.1. Cena Única: Pistas, apostas e efeitos

E de repente, uma frase ouvida por muito tempo, uma pergunta incessante presente em inúmeros textos já lidos, acaba de fazer sentido. Afinal, o que pode um corpo? Não sabemos. A tradição moderna nos ensinou a nos manter afastados dele, pois, tudo que dele provêem leva ao erro e ao engodo. Incrível a sensação de descobrir isso em meio de tantos escólios e proposições. [Porto Alegre, 11 de Junho de 2011].

A proposta de desinstitucionalização da loucura, entendida como um questionamento radical do mandado social, executado em nome de um ideal técnico-científico, orientado por uma racionalidade datada, remete a uma crise paradigmática na qual se rompe “com o modo psiquiátrico de olhar e compreender essa estranha e complexa experiência humana que podemos genericamente nomear de loucura (YASUI, 2010, p. 77)”. Neste sentido, ao nos propormos a pensar na dimensão afetiva e corporal destes trabalhadores tão singulares que são os agentes, estamos contribuindo para o aprofundamento desta crise e apostando em uma outra forma de codificar o trabalho em saúde, seus determinantes e suas possíveis respostas.

A neutralização do corpo visando o melhor funcionamento da racionalidade cabe bem em uma imagem onde a razão, faculdade mental alojada no cérebro, como pensavam os antigos, deveria, sem interferência de outras partes do corpo – tomadas pelas paixões – produzir conhecimento confiável. Retomando historicamente esta lógica tão própria à modernidade, Giacóia Jr. afirma:

O intelecto, ou a faculdade de conceber ideias, seria, portanto, a parte nobre e sublime da alma, que nos permite o acesso possível ao que é, em si, verdadeiro, bom e belo. (...) Nosso intelecto, ou razão, consistiria, pois, na parte imortal da alma e o conhecimento inteligível, seria o caminho ascendente que a conduziria de volta a sua pátria de origem, afastando-se das incertezas e da fatal volubilidade das paixões (GIACOIA JÚNIOR, 2004, p. 47).

No que diz respeito ao corpo, neste paradigma ele seria “precisamente aquilo que deve ser afastado para que possamos ter acesso ao reino puro das essências” (GIACOIA JÚNIOR, 2004, p. 48). Fortes ainda são os efeitos deste afastamento do corpo e suas emoções no campo da saúde, onde, com o intuito de melhor se exercerem as competências técnicas, a afetividade tende a ser extirpada. Nietzsche, que por um tempo viu em Spinoza um precursor, já nos

esclareceu, com sua genealogia, que a abolição do sensível, do corpo tanto na filosofia medieval quanto na moderna tem engendrado “preconceitos metafísicos (...) [presentes não apenas] no pensamento cartesiano e na filosofia que dele deriva, mas constitui espólio comum do pensamento ocidental (...) [materializando-se] mesmo [n]a mais moderna pretensamente neutra, ateuista e materialista ciência da natureza (GIACCOIA JÚNIOR, 2004, p. 48-49). Spinoza argumentaria, com base na sua concepção de uma única substância e seus diversos modos de expressão, que esta intencionalidade é um engodo, que se trata de falso problema, de uma ideia inadequada, na medida em que supõe ser possível uma separação da mente (atributo pensamento) do corpo (atributo expressão).

Os agentes de saúde estão em uma condição de trabalho peculiar, na qual o cumprimento desta medida cautelar de afastamento/cisão do corpo e da afetividade é impedido, ou, no mínimo, dificultado. O transitar destes indivíduos pelas ruas das comunidades, a partilha de território existencial com aqueles a quem atendem e a hibridez e polifonia das vozes e demandas que configuram o seu lugar faz com que seja impossível a eles não se afetar. No prefácio do livro III da *Ética*, Spinoza nos alerta que “nada se produz na natureza que se possa atribuir a um defeito própria dela, pois a natureza é sempre a mesma, e uma só e a mesma, em toda parte, sua virtude e potência de agir”. Partindo disto entendemos que: as experiências afetivas vividas diariamente pelos agentes, na medida em que exercem grande influência nos modos como eles se vinculam ao território e aos usuários, são fundamentais na produção de efeitos de desinstitucionalização da loucura. É preciso, então, fomentar a criação da devida retaguarda institucional para que este mar de afetos possa ser trabalhado e organizado como ferramenta que potencialize o trabalho – e não que o impeça.

A este respeito, é importante frisar que a consideração da dimensão afetiva como está sendo pensada aqui é algo que urge ser problematizada no campo do trabalho em saúde como um todo. Quando afirmamos que a competência de desdobrar o capital social em vínculos dos quais advirão efeitos de desinstitucionalização é algo que se expressa a partir do local ocupado pelos agentes, não queremos atribuir tal função exclusivamente a eles. Explorando a pluralidade de significados do verbo competir, do qual deriva a palavra competência, ressaltamos aqui que a competência de vincular-se é algo que diz respeito às especificidades do trabalho dos agentes, contudo, não apontamos isso como algo que compete exclusivamente a eles. Caso o fizéssemos, estaríamos retomando uma certa ufanização da função ocupada por esta categoria – ação que, como exploramos ao longo do texto, pode não só comprometer em demasia o desempenho da função, quanto ser causa de adoecimento para estes profissionais.

Silva et al (2010), em pesquisa realizada com equipes de saúde da família no município de Porto Alegre, indicam que os modos de organização do trabalho nas equipes de ESF e a falta de ações que dêem suporte para estes – equipes matriciais, educação permanente em saúde, equipes volantes de referência – tem-se constituído como um elemento que dificulta a realização de ações de saúde mental dentro do contexto da atenção básica. Tais conclusões são muito semelhantes àquelas que se tem produzido em todo o país (BARROS E DIMENSTEIN, 2010; BRASIL, 2009c, 2010; DIMENSTEIN et al, 2009). A forma de organização do trabalho nas equipes pode ser co-responsabilizada pelas dificuldades no atendimento desta demanda, pois esse trabalho, em sua maioria, encontra-se alicerçado em um modelo biomédico, sem espaços de escuta e acolhimento para os usuários nem para os próprios profissionais. Trata-se de um trabalho extremamente prescritivo e burocratizado, pautado em ações eminentemente individuais – ainda que realizado por equipes multiprofissionais.

Trapé (2010), em um estudo com agentes comunitários de saúde atuando no município de Campinas/SP, aponta que a Política de Saúde Mental vigente, ainda que tenha contribuído muito para a melhoria da atenção no que diz respeito aos casos mais graves, ainda está muito distante de oferecer um atendimento integral. Ele defende, então, como estratégias relevantes para o enfrentamento da falta de integralidade “reuniões de equipe sistemáticas, construção de projeto terapêutico em equipe, colegiado gestor, apoio matricial constante (TRAPÉ, 2010, p. 131)”. A aposta é de que tais elementos são importantes na potencialização do trabalho da atenção primária e, por conseguinte, dos agentes.

Percepção equivalente aparece nas proposições da Política Nacional de Humanização, quando afirma em publicação específica dedicada aos processos de humanização da saúde na Atenção Básica que

No que se refere à atenção básica, a Estratégia de Saúde da Família, a PNH propõe o exercício do método (inclusão dos sujeitos para a produção do comum), que deve ser orientado para a produção do acolhimento, da clínica ampliada, da cogestão, da valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários (PASCHE, 2010, p.25).

Em Spinoza, vemos surgir a produção de conhecimento (ideia, no próprio sentido spinozista) partindo de um sujeito dos afetos, cuja pele orgânica, visível nos limites corpóreos, já não dá conta dos contornos do próprio corpo. O insípido e transcendental sujeito epistemológico, sujeito do conhecimento é destronado, e em seu lugar, Spinoza coloca esse homem, material, formado da mesma substância do que toda a Natureza e, enquanto tal,

passível de ser afetado e afectado por ela. Nosso agente é assim: um ente material que povoa o território, estando sujeito às suas lógicas e seus determinantes, conhecendo suas riquezas e precariedades e estando em uma posição *sui generis* para, como um tarrafeiro, trabalhar na construção de redes singulares capazes de dar uma resposta outra à experiência da loucura.

Partindo do desdobramento de seu capital social em vínculos capazes de produzir autonomia, os agentes – com o devido suporte – podem ser pensados como dispositivos territoriais potentes para a construção de uma relação com a experiência da loucura que seja menos perpassada pelo medo e pela violência. Entendendo a desinstitucionalização da loucura como um efeito e pensando a qualificação da assistência prestada aos usuários do SUS também como fruto de embates micropolíticos que são estabelecidas no cotidiano dos diversos serviços pelo país, procuramos debater aqui aquilo que possibilitaria a construção de vínculos entre estes trabalhadores e seus usuários.

O lugar era a mesma casa de na qual eu estivera antes, a diferença era que agora, ela estava repleta de pessoas em festa. Embora algumas marcas de pobreza e exclusão me dessem notícia de que eu não estava somente entre pares, nada mais no local - nem a roupa, nem a postura, nem as estruturas - diziam que ali havia técnicos e pacientes. Pois é. A proposta do sarau era essa: juntar pessoas, ter coisas acontecendo e criar vida. Nem sei se eles têm dimensão do quanto havia ali um movimento pulsante de vida acontecendo. Fiquei admirado, mas, venci a imobilidade comum da admiração e me juntei a um grupo de pessoas que tocava e cantava. Assim como eu, muita gente ali, não sabia tocar. Contudo, não importava. A questão era fazer barulho. E ali se podia fazer barulho. Ali era permitido. De um modo bem peculiar criou-se um espaço onde as pessoas simplesmente podiam. Tudo aquilo era secundário frente à forma de lidar com a loucura, como se processava ali. Saí de lá morrendo de vontade de escrever para Kamila e Kalline. Queria informá-las que por estas bandas também havia gente empenhada em dar um outro trato à loucura. [Porto Alegre, 28 de Abril de 2010]

Neste plano, necessariamente intensivo, a experimentação surge como uma forma de atuarmos nas forças que nos atravessam, em busca de mais e mais encontros e afetações. E deste emaranhando de encontros e afetações, Spinoza postula o surgimento do conhecimento adequado. É com a força e a radicalidade desta proposição que interpelamos aqueles que irão estruturar os Cursos Técnicos de Formação de Agentes Comunitários de Saúde pelo país a não ignorarem o saber-fazer presente nas práticas cotidianas dos agentes, muito menos a

dimensão afetiva que transpassa necessariamente o trabalho destes profissionais. Por isso, argumentamos que, diante das especificidades desta categoria profissional, a criação de espaços de suporte seria um investimento muito mais proveitoso no que tange à capacitação destes profissionais do que a introdução de conhecimentos técnicos e biomédicos sobre adoecimento da população.

Tal proposição vem ao encontro do que Pasche (2010) defende como necessário à reorganização do trabalho na atenção básica a partir da menor unidade-fração do território de abrangência das equipes de saúde da família, com vistas a garantir novas práticas de saúde: “Introdução da função apoio institucional, garantindo a criação de espaços protegidos de fala e escuta para as equipes que experimentam processos de mudança em suas formas de gestão, o que repercute nas ofertas do cardápio de ações”.

O lugar ocupado pelos agentes representa uma dobra onde se presentificam, de maneira intensa, tanto a macro quanto a micropolítica, necessárias para a equalização do Sistema Único de Saúde a seus princípios. Dizemos isso, pois, se a Estratégia da Saúde da Família em um plano macro possibilitou o repasse de verbas aos municípios e uma tendência à reversão da forma como a assistência vinha sendo tradicionalmente ofertada, o agente de saúde evidencia

Essa dimensão micropolítica de diálogo intersetorial com as comunidades, embaralha[ndo] e desterritorializa[ndo] os tradicionais códigos técnico-profissionais e convoca[ndo] todos a construir novos planos de intervenção e invenção de modos de vida e coexistência que compartilhem o saber-fazer profissional com o saber-fazer das pessoas e coletivos. (FERREIRA NETO Et al, 2011, p. 839).

Por tudo isto, apontamos a criação de espaços de compartilhamento de afetos e experiências entre os agentes como uma forma, das muitas possíveis, de colocar em ação o atributo do pensamento, convocando-o a trabalhar, a produzir e a agenciar formas outras de cuidado capazes de atender às necessidades dos corpos ainda vivos que habitam as ruas, as praças e as casas das cidades.

Os agentes não cansam de me contar histórias fantásticas. Dessa vez, o relato foi sobre uma usuária de crack que chegou no posto quebrando tudo e ameaçando cortar seus próprios pulsos caso não fosse atendida. A enfermeira teria ficado assustada e com medo e pediu para que uma das agentes fosse lá falar com ela. Chegando lá, a agente perguntou o que a moça queria e esta caiu em prantos e largou o vidro. Perguntei ao grupo o que teria possibilitado

ao agente agir daquela maneira, prescindindo de violência e enfrentando de peito aberto uma situação potencialmente perigosa. C., que nunca perde a oportunidade de fazer uma piada, disse 'É o vínculo, oras?! A gente conhece essa gente desde guri, vai ficar com medo deles agora?! O grupo caiu na gargalhada [Porto Alegre, 14 de Novembro de 2010] .

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADORNO, Theodor. Notas de literatura I. Tradução de Jorge de Almeida. São Paulo: Editora 34, 2003.
- AGUIAR, K. F. E ROCHA, M. L. DA R.. Pesquisa-Intervenção e a Produção de Novas Análises. In: **Psicologia, Ciência e Profissão**, 23 (4), 64-73, 2003.
- ALTOÉ, S. (Organizadora.). **René Lourau; analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 1993.
- ALVERGA, A.R, DIMENSTEIN M.. A loucura interrompida nas malhas da subjetividade. In: AMARANTE P. (ORG). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau,p.45-66. 2005.
- AMARANTE, P. (Organizador). **Loucos pela Vida - a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Coleção Panorama/SDE/ENSP, 1995.
- AMARANTE, P. . Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. In: **História Ciências Saúde- Manguinhos [online]**. vol.1, n.1, pp. 61-77. 1994.
- AMARANTE, P.. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 1**. Rio de Janeiro: Nau, 2003.
- AMARANTE, P.; OLIVEIRA, W. F. de. A inclusão da saúde mental no SUS: pequena análise cronológica do movimento de reforma psiquiátrica e perspectivas de integração. **Dynamis Revista Tecno-Científica**, v. 12, no. 47: 6-21. Ed. Especial Saúde Mental e a Atenção Básica, parte 2. Blumenau: Edifurb, abr-jun, 2004.
- ANDRADE, L. O. M. de; BARRETO, I.V. H; BEZERRA, R. C. Atenção Primária a Saúde e Estratégia de Saúde da Família. In: CAMPOS ET AL. **Tratado de Saúde Coletiva**, São Paulo : Hucitec, 2005.
- ANDREOLI, G. S., COSTA, L. A., RIBEIRO, C. J. S., GIACOMEL, A. E., KIRST, P. G. (2003) Conhecimento e cartografia: tempestade de possíveis. In: FONSECA, T. M. G., KIRST, P. G (ORG) **Cartografias e Devires: a construção do presente** p. 91-101. Porto Alegre : Editora da UFRGS.
- ARAUJO, Uajara Pessoa et al . Capital social em um consórcio de pesquisa. Rev. adm. empres., São Paulo, v. 50, n. 4, Dec. 2010.
- AYRES, J. R. de C. M.. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. In: **Revista Saúde Sociedade**. vol. 13, n. 3, pág. 16-29, 2004.

- BARALHAS, Marilisa; PEREIRA, Maria Alice Ornellas. Concepções dos agentes comunitários de saúde sobre suas práticas assistenciais. **Physis**, ol.21, n.1, pp. 31-46, 2011.
- BAREMBLITT, G. F. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática**. Rio de Janeiro, Rosa dos Ventos, 1992.
- BARROS, Regina Benevides. Reforma Psiquiátrica Brasileira: resistências e capturas em tempos neoliberais. In: **Loucura, Ética e Política: escritos militantes**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, p. 196-206.
- BARROS, D. F.; BARBIERI, A. R.; IVO, M. L.; SILVA, M. G. O contexto da formação dos agentes comunitários de Saúde no Brasil. **Texto Contexto Enferm**, Jan-Mar; 19(1): 78-84 Florianópolis, 2010.
- BARROS, R. B.. Reforma Psiquiátrica Brasileira: resistências e capturas em tempos neoliberais. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Org.). **Loucura, Ética e Política: escritos militantes**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 196-206, 2003.
- BARROS, S. C. M.; DIMENSTEIN, M. . O apoio institucional como dispositivo de reordenamento dos processos de trabalho na atenção básica. In: **Estudos e Pesquisas em Psicologia UERJ**. Vol, 10, n 01, 2010.
- BASAGLIA, F. **A instituição Negada**. São Paulo: Graal, 1991.
- BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2005
- BENEVIDES, R.. A Psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais interfaces? In: **Psicologia & Sociedade**, Vol 17 (2), p. 21-25, 2005.
- BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. **Ciênc. saúde coletiva.**, vol.13, n.1, pp. 259-268, 2008.
- BORNSTEIN, V.J.; DAVID, H.M.S.L.; ARAÚJO, J.W.G. Agentes comunitários de saúde: a reconstrução do conceito de risco no nível local. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.14, n.32, p.93-101, jan./mar. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Temário Oficial versão preliminar. Ementas dos Eixos e Subeixos**. Brasília, 2010a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de SaúdeMental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados - 7, Edição Especial, Ano V, nº 7, junho de 2010. Brasília, 2010b. Disponível em www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília : Ministério da Saúde, 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Relatório de Gestão 2008 desafios para consolidar a mudança no modelo**: enfrentar a lacuna assistencial nas grandes cidades, ampliar a rede nas áreas dessassistidas, mudar o paradigma de cuidado em saúde mental na atenção primária. Brasília, 2009c. Versão preliminar fechada em 09 de janeiro de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do agente comunitário de saúde**. Brasília : Ministério da Saúde, 2009d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde** Brasília : Ministério da Saúde, 2009e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília : Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **O HumanizaSUS na atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Formação e intervenção** . Brasília : Ministério da Saúde, 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria- Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004** – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

- BRUNELLO, M. E.F. et al .O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). In: **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 23, n. 1, 2010.
- CAMPOS, G. W. S. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec; 2003.
- CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda**. São Paulo: Hucitec, 2000.
- CAMPOS, R. T. O. et al. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. **Rev. Saúde Pública** vol.43, suppl.1 , pp. 16-22, 2009
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. In: **Physis: Revista Saúde Coletiva**, v.14, n. 1, p. 41-65, 2004.
- CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS EM SAÚDE(CEBES), Comissão de Saúde Mental do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde . **Saúde Mental: Condições de assistência ao doente mental**. In: Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 182-192, jan./dez. 2008. Publicado originalmente em 1980.
- CHAUÍ, M.. **Espinosa, Uma Filosofia da Liberdade**. São Paulo, Moderna, 2005.
- CHAUÍ, M.. **Política em Espinosa**. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.
- COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B.. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. In: **Ciênc. saúde coletiva**, vol.14 suppl.1 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2009
- COIMBRA, C.; LEITÃO, M. B. S. Das essências às multiplicidades: especialismo psi e produções de subjetividades In: **Psicologia & Sociedade**; 15 (2): 6-17; jul./dez.2003.
- CONSOLI, L. G.; HIRDES, A.; COSTA, J. S. . Saúde mental nos municípios do Alto Uruguai, RS, Brasil:um diagnóstico da reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(1), p.117-128, 2009.
- DELEUZE, G. & GUATTARI, F. **Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia**. Vol.4. São Paulo: Ed. 34, 1997
- DELEUZE, G. **Conversações**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.
- DELEUZE, G. **Cursos sobre Spinoza : (Vincennes, 1978-1981)**. Fortaleza : Ed. da UECE, 2009.
- DELEUZE, G. **Espinosa: Filosofia prática**. Tradução de Daniel Lins e Fabien Pascal Lins. São Paulo: Escuta, 2002.

DELEUZE, G. **Spinoza et le problème de l'expression**. Paris: Minuit,1968. Tradução não publicada disponível em <http://www.filetube.com/c872cacfbfdf55a403e9,g/Deleuze-Spinoza-et-le-probleme-de-l-expression-%5B1968%5D-PDF.html>

DELEUZE, G.. **Espinosa e os Signos**. Porto. Rés.1989.

DELFINI, Patrícia Santos de Souza; SATO, Miki Takao; ANTONELI, Patrícia de Paulo e GUIMARAES, Paulo Octávio da Silva. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2009, vol.14, suppl.1 [citado 2011-09-25], pp. 1483-1492 .

DIMENSTEIN, M. . O psicólogo nas UBS: formação acadêmica e prática profissional. In: **Interações**. Vol 9, n.17 , p.71-89, 2004.

DIMENSTEIN, M. ; LIBERATO, M. T. C. . Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede. In: Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, v. 1, p. 1-10, 2009. (CD ROM).

DIMENSTEIN, M. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. In: **Psicologia e Estudo**; Vol. 6 (2), p.57-63, 2001.

DIMENSTEIN, M.; SEVERO, A. K.; BRITO, M.; PIMENTA, A. L.; MEDEIROS, V.; BEZERRA, E. O Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde Mental. In: **Saúde Sociedade**. São Paulo, v.18, n.1, p.63-74, 2009.

DUTRA, J. S.; HIPOLITO, J. A. M.; SILVA, C. M.. **Gestão de pessoas por competências: o caso de uma empresa do setor de telecomunicações**. In: **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 4, n. 1,abr. 2000.

ESCOREL, S.; BLOCH, R. A. ; As conferências nacionais de saúde na construção do SUS. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. (ORG). **Saúde e Democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

FERNANDES M.L.. Usos da noção de subjetividade no campo da Saúde Coletiva. In: **Cadernos de. Saúde Pública** 27(5): 831-842. Rio de Janeiro: 2011.

FERREIRA NETO J. L., KIND L., PEREIRA A. B., REZENDE M. CAROLINA C., FIGUEIREDO, M. D. ; CAMPOS, R. O. . Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas,SP: uma rede ou um emaranhado? In: **Ciência & Saúde Coletiva**,14(1), p.129-138, 2009.

FLEURY, M. T. L.; FLEURY, Afonso. Construindo o conceito de competência. In: **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 5, n. spe, 2001 .

FOUCAULT, M. . **História da loucura na idade clássica**. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 2000.

- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2010.
- FREIRE, P.. **Pedagogia da esperança : um reencontro com a pedagogia do oprimido**. 15. ed. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 2008.
- GAMA, C. A. P.; CAMPOS, R. O. Saúde Mental na Atenção Básica – Uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007) In: **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental** - Vol.1 N.2 - Out/Dez de 2009.
- GIACÓIA JÚNIOR, O.. **Nietzsche como psicólogo**. São Leopoldo: Editora da Unisinos, 2001.
- GLEIZER, M. A.. **Espinosa & a afetividade humana**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005. 70 p.
- GOFFMAN, I. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva 1974.
- GOLDBERG, J. I. Reabilitação como processo – O centro de atenção psicossocial. In: PITTA, A. Org) **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. Saúde e Loucura, 10, São Paulo, Hucitec, 1996.
- GOMES, A. L. C.; SA, L. D. . As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. In: **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, Junho 2009.
- GOMES, M. C. P. A; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. In: **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.17, p.287-301, mar/ago 2005.
- GOULART, F. Um profissional que já tem história. In: **Saúde com Agente**. Publicação do Ministério da Saúde - Ano X - abril a junho de 2009.
- HECKERT, A. L. C.; NEVES, C. A.B. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Formação e intervenção** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília : Ministério da Saúde, 2010. p. 13-29.
- HECKERT, A. L. C.; PASSOS, E. pesquisa-intervenção como método, a formação como intervenção. In: CARVALHO S. R.; S. FERIGATO, S.; BARROS, M. E (ORG) **Conexões: Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade**. São Paulo: Hucitec 2009.
- JUCÁ, V. J. dos S.; NUNES, M. de O.; BARRETO, S. G.. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. In: **Ciência Saúde Coletiva**. vol.14, pp. 173- 82, 2009.

KATITA, J. ; DIMENSTEIN, M.. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. In: **Psicologia em. Revista (Belo Horizonte)**. Jun 2007, vol.13, no.1, p.169-190.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; TAKAYANAGUI, A. M. M.; SANTOS, C. B. dos; KLUTHCOVSKY, F. A.. Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da qualidade de vida. *Revista Psiquiátrica do Rio Grande do Sul* , vol.29, n.2 , pp. 176-183, 2007.

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 2006.

LANCETTI, A. Para uma reformulação da experiência grupal. In: BAREMBLITT, G. (Org). **Grupos: teoria e técnica**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982.

LIMA, J. C.; MOURA, M. C. Trabalho atípico e capital social: os Agentes Comunitários de Saúde na Paraíba In: **Sociedade e Estado**, 2005, vol.20, n. 1, vol.20, no.1, p.103-133. Brasília/DF, 2005.

LIMA, O. F. . Uma abordagem monista-naturalista de Espinosa sobre o conceito de saúde mental. In: **Ítaca Revista do Programa de Pós-Graduação em Filosofia (PPGF) da UFRJ**. Número 14, p167-181. Rio de Janeiro: UFRJ 2009.

LOURAU, R.. **Análise institucional e práticas de pesquisa**. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 1993.

LUCCHESI, Roselma et al . Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, set. 2009.

LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. In: **Interface, Comunicação, Saúde, Educação**, v.10, n.20, p.281-98, jul/dez 2006.

MACEDO, L. . Competências e habilidades: Elementos para uma reflexão pedagógica. In: JAIR SANTANA MORAES. (Org.). **Exame Nacional da Ensino Médio (ENEM): Fundamentação teórico-metodológica**. Brasília: O Instituto (Inep/MEC), 2005.

MACHADO, Roberto. **Deleuze - a Arte e a Filosofia** - Rio de Janeiro: Zaahar, 2010.

MARTINES, W.R.V, CHAVES, E.C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa Saúde da Família. **Revista Escola Enfermagem USP**;41(3):426-33, 2007.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc,. p. 41-66. 2001.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Editora Hucitec; 2002.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs). Agir em saúde: um desafio para o público. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MONKEN, M. E BARCELLOS C. O Território na Promoção e Vigilância em Saúde. In FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. A. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

NOGUEIRA, R. P.; SILVA; RAMOS Z. **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis – o agente comunitário de saúde**. Rio de Janeiro: IPEA, 2000. disponível em http://www.ipea.gov.br/082/08201008.jsp?ttCD_CHAVE=1624

NOYAMA, S. Adorno e “O ensaio como forma”. **Ítaca Revista do Programa de Pós-Graduação em Filosofia da UFRJ**. Número 14, p135-147. Rio de Janeiro: UFRJ 2009.

NUNES M., JUCÁ V. J., VALENTIM C. P. M. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. In: **Cadernos de Saúde Pública**, 23(10): p.2375-2384. Rio de Janeiro 2007.

NUNES, M. de O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, Dec. 2002 .

OLIVEIRA, W.; AMARANTE, P. ; PADILHA, C.S. Um breve histórico do movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil contextualizando o conceito de desinstitucionalização. In: **Centro Brasileiro de Estudos em Saúde, sessão últimos artigos publicados**, disponível em http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/lista_artigos.php. Acessado em 04 de Maio de 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Relatório Mundial de Saúde 2008: Cuidados Primários - Agora Mais Que Nunca. Lisboa, 2008.

PASCAL, S. Conhecimento e afetividade em Spinoza – In: MARTINS, A (org). **O mais potente dos afetos: Spinoza e Nietzsche**. 1 ed, Martins Fontes: São Paulo.

PASCHE, D. F.. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. In: **Interface, Comunicação, Saúde, Educação**, vol.13, suppl.1, p.701-708. ISSN 1414-3283, 2009.

PASCHE, D. Humanizar a formação para humanizar o SUS. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização**. Brasília : Ministério da Saúde, 2010, p. 63-72.

PASCHE, D.; PASSOS, E. Apresentação Cadernos Temáticos PNH: formação em humanização In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Formação e intervenção** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

PASCHE, Dário F.. Contribuições da Política de Humanização da Saúde para o Fortalecimento da Atenção Básica. In: Cadernos HumanizaSus – Atenção Básica. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

PASSOS, E., KASTRUP, V., ESCÓSSIA, L, da. **Pistas do método da cartografia** : pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009. . Paulo: Hucitec, 2007. p.71-112.

PAULON, S. M. A Análise de Implicação como Ferramenta na Pesquisa-intervenção. **Psicologia & Sociedade**, 17 (3), 18-25, set-dez: 2005

PAULON, S, ROMAGNOLI, R. pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. In: **Estudos e Pesquisa em Psicologia**, UERJ, RJ, Ano 10, 1, p.85-110. 2010.

PAULON, S. A Desinstitucionalização como Transvaloração: Apontamentos para uma terapêutica ao niilismo. In: **Athenea Digital**. Revista de Pensamiento e Investigación Social. Número 10, otoño 2006.

PAULON, S. M., Instituição e intervenção institucional: percurso conceitual e percalços metodológicos. **Mnemosine**, vol.5, nº2, p. 189-226, 2009

PAVAN, C; GONÇALVES, L. L. M.;MATIAS, M. C. S.; PAULON, S. Documento Orientador da Política de Formação da PNH. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Formação e intervenção** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília : Ministério da Saúde, 2010a.

PEIXOTO JUNIOR, C. A.. Permanecendo no próprio ser: a potência de corpos e afetos em Espinosa. In: **Fractal, Rev. Psicol.**vol.21, n.2, pp. 371-385. 2009.

PELBART, P.P.. Elementos para uma cartografia da grupalidade. **Texto apresentado no Encontro Nacional de Teatro Contemporâneo. São Paulo**, 2009. Disponível em <http://www.itaucultural.org.br/proximoato/pdf/textos/textopeterpelbart.pdf> .Acesso em 7-8-2010.

PETERS, M. A. **Pós-estruturalismo e filosofia da diferença:uma introdução** . Belo Horizonte:Autêntica,2000.

PINHEIRO, P.M.; OLIVEIRA, L.C. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família. In: **Interface-Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.36, p.187-98, jan./mar. 2011.

Repercussões da inclusão da saúde mental no PSF: estudo comparativo em Serviços da Atenção Básica no Rio Grande do Norte e no Rio Grande do Sul

RESENDE, Marineia Crosara de et al . Saúde mental e ansiedade em agentes comunitários que atuam em saúde da família em Uberlândia (MG, Brasil). *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, Apr. 2011.

ROCHA, M. L. . Micropolítica e o Exercício da Pesquisa-intervenção: Referenciais e Dispositivos em Análise. In: **Psicologia, Ciência e Profissão**, 27 (4), 648-663, 2007.

ROCHA, M. L., AGUIAR, F.. Pesquisa-Intervenção e a Produção de Novas Análises. **Psicologia Ciência e Profissão**, 23 (4), 64-73, 2003.

RODRIGUES, H.B.C. À beira da brecha: uma história da Análise Institucional francesa nos anos 60. In: AMARANTE, P. (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p.195-256.

RODRIGUES, H.B.C. À beira da brecha: uma história da Análise Institucional francesa nos anos 60. In: AMARANTE, P. (org.) **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 195-256.

ROTELLI, F.; LEONARDIS O. DE; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org): **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2ª Ed., 2001, p. 17-59.

ROTELLI, F; AMARANTE, P. Reforma Psiquiátrica na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: Bezerra, B. & Amarante, *Psiquiatria Sem Hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992

RUAS, R.; GHEDINE, T. ; DUTRA, J. S. ; BECKER, G. V.; DIAS, G. B. **O Conceito de Competência de A à Z – análise e revisão nas principais publicações nacionais entre 2000 e 2004**. In: **XXIX Encontro Nacional de Pós Graduação e Pesquisa em Administração**. Brasília/DF, 2005.

SALES, A. L. L. F. ; DIMENSTEIN, M. D. . Olhares e ações dos Agentes Comunitários de Saúde Frente á Loucura. In: Magda Dimenstein. (Org.). **Produção do Conhecimento, agenciamentos e implicação no fazer pesquisa em psicologia**. Natal: EDUFERN, v. 1, p. 169-190, 2009.

SALES, A. L. L. F. S.; DIMENSTEIN, M. Psicologia e modos de trabalho no contexto da Reforma Psiquiátrica. In: **Psicologia Ciência e Profissão**. 29 (4), 2009.

- SANTOS, L. P. G. S. dos; FRACOLLI, L. A.. O Agente Comunitário de Saúde: possibilidades e limites para a promoção da saúde. **Revista Escola Enfermagem USP**, vol.44, n.1, pp. 76-83 2010.
- SANTOS, M. **o país distorcido**. São Paulo: Publifolha,2002.
- SANTOS, M. **Por uma geografia nova: da crítica da geografia a uma geografia crítica**. São Paulo: EDUSP, 2004.
- SANTOS, M. **Território, territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial**. Rio de Janeiro: Lamparina, 2007.
- SANTOS-FILHO, S.B. Perspectivas da Avaliação na Política Nacional de Humanização: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciência e Saúde Coletiva**, 12(4), p.999-1010, 2007.
- SANTOS-FILHO, S.B., BARROS, M. E. B. **Trabalhador de Saúde Muito Prazer! Protagonismo dos Trabalhadores na Gestão do Trabalho em Saúde**. Ijuí: Unijuí, 2007.
- SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 13-18.
- SCARDOELLI, Márcia Glaciela da Cruz e WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini. "Grupo" de artesanato: espaço favorável à promoção da saúde mental. *Esc. Anna Nery* [online]. 2011, vol.15, n.2 [citado 2011-09-25], pp. 291-299 .
- SEVERO, A. K. de S.; DIMENSTEIN, M.. O diagnóstico psiquiátrico e a produção de vida em serviços de saúde mental. In: **Estudos de Psicologia (Natal)**, Natal, v. 14, n. 1, Apr. 2009 .
- SILVA, A. T. C. da; MENEZES, P. R.. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. **Revista Saúde Pública** ;42(5):921-9, 2008.
- SILVA, R. A. N.; DIMENSTEIN, M.; PAULON, S. M; NARDI, H. C.; BRAVO, O.A. Repercussões da inclusão da saúde mental no PSF: estudo comparativo em Serviços da Atenção Básica no Rio Grande do Norte e no Rio Grande do Sul. In: **Estudos e Pesquisa em Psicologia**, UERJ, RI, Ano 10, 1, 2010.
- SILVA, R. N., PAULON, S. M., SALES, A. L. L. F., PICCININI, C. A., ZAMBENEDETTI, G. Demandas e estratégias de cuidado em saúde mental no trabalho dos ACS. In: 7º Congresso Norte e Nordeste de Psicologia realizado no período de 11 a 14 de maio de 2011 no Centro de Convenções da Bahia. Salvador/BA.
- SILVEIRA, D, P. da; VIEIRA, A. L. S. . Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(1), p.139-148, 2009.
- SOUZA, K. M. J. et al. Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família. In: **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, Dec. 2010.

- SPINOZA, B.. **Ética: Spinoza**. 2.ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2008. 423p.
- STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO-Ministério da Saúde, 2002
- TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L.. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 14 (2), p. 477-486, 2009.
- TEIXEIRA, C. F. Institucionalizando a prática de avaliação em saúde: significado e limites. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 11(3), p. 572-574, Jul./Set. 2006.
- TEIXEIRA, M. L.,VIANNA, W., CAVALCANTI, M. de L., CABRAL, M. de P..Participação em saúde:do que estamos falando? In: **Sociologias**, Porto Alegre, ano 11, nº 21, p. 218-251jan./jun. 2009.
- TEIXEIRA, R. R.. Humanização e Atenção Primária à Saúde. In: **Ciência e Saúde coletiva**, vol.10, no.3, p.585-597. Rio de Janeiro, 2005.
- TELLES, S., H.; PIMENTA, A. M. C. Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde e Estratégias de Enfrentamento. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v.18, n.3, p.467-478, 2009.
- TOMAZ, J.B.C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”.**Interface- Comunicação, Saúde, Educação**. 6 (10):84-87, 2002.
- TRAPÉ, T. L. . **O agente comunitário de saúde e a saúde mental: faces e interfaces** Dissertação de Mestrado apresentada na Faculdade de Ciências Médicas Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2010.
- VECCHIA, M. D.; MARTINS, S. T. F. . Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(1), p.183-193, 2009.
- VECCHIA, M. D.; MARTINS, S. T. F. . Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.13, n.28, p.151-64, Jan./Mar. 2009a.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION; World Organization of Family Doctors (Wonc). **Integrating mental health into primary care: a global perspective**. World Health Organization: 2008.
- YASUI, S. CAPS: aprendendo a perguntar. In: LANCETTI, A. (Org.). **Saúde Loucura, 1**. São Paulo: Hucitec, p.47-59, 1989.
- YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2010.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. . A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. In: **Saúde em Debate**, 32 (78-79-80), 27-37, 2008.

ZARIFIAN, P. **Objetivo competência**: por uma nova lógica. São Paulo: Atlas, 2001.