



Quando o mundo se movimenta o vivo estremece: narrativas de uma cartógrafa em seu encontro com um coletivo hospitalar

**Simone Mainieri Paulon
Débora de Moraes Coelho
Fernanda Luz Beck**

Resumo: A partir de um personagem conceitual, a cartógrafa, as autoras descrevem e analisam os encontros promovidos por uma intervenção institucional realizada com a equipe de trabalhadores da Emergência de um hospital de grande porte de Porto Alegre. Utilizando o conceito de atenção ao presente, a intervenção procurou mapear as diferentes forças que desenham a atmosfera da Emergência, configurando o que o próprio grupo designou por “projeto Acolhendo quem Acolhe”. Os aportes da Política Nacional de Humanização, com ênfase no eixo da valorização do trabalho e do trabalhador, sustentaram teoricamente o trabalho. A análise institucional forneceu o suporte metodológico ao projeto através das rodas de conversa como principal ferramenta para análise dos processos de saúde produzidos naquele segmento hospitalar. Ao final, a análise das implicações do grupo com seu fazer corresponsabilizou a todos com a melhoria da qualidade da atenção e instigou o compromisso coletivo com a invenção de novos modos de trabalhar.

Palavras-chave: Política Nacional de Humanização, Acolhimento Hospitalar, Emergência, Cartografia, Saúde do Trabalhador.

When the World moves the living shivers: Narratives of a cartographer in her meeting with a hospital collective

Abstract: Based on a conceptual character, the cartographer, the author describes and analyses the meetings promoted by an institutional intervention with the group of workers of an Emergency service of a big hospital in Porto Alegre. Using the concept of current attention, the intervention tried to map the forces which design the atmosphere of Emergency environments. This constituted what the group called project “caring for those who care”. The theoretical principles of National Politics of Humanization, focused on the axis of valuing the workers and their work, supported the project. The institutional analysis was the methodological bases of the study and the circles of discussion were the main tool used. At the end, the implication analysis of the group, co-responsibilized the group with the attention quality and motivated a collective compromise with the invention of new working methods.

Keywords: Humanization of Health, Hospital Receptivity to Users, Emergency, Cartography, Workers Health.

Introdução

Em seu texto “Filosofia Mestiça” Michel Serres (1993) nos pergunta: “*Tu te vestes com o roteiro de tuas viagens?*”. Essa indagação não passa despercebida por aqueles cartógrafos que gostam de traçar mapas nas realidades que investigam e intervêm, nem para aqueles que gostam de sentir o campo produzindo aberturas nas pessoas que o habitam e na própria carne. Estrangeiros dispostos a desfrutar dionisicamente as aventuras ofertadas

pela vida. Nos roteiros de viagens planejam o que não existe, brincam em experimentar um pouco de controle nessa existência em pleno devir e diferenciação. Mas é o começo. Mesmo que saibamos que tudo se tornará diferente durante o trajeto, o mundo certamente se movimentará e nós estremeceremos com ele.

Estremeceremos de curiosidade, contentamento e não saber. Foi assim que aconteceu com a cartógrafa que adentra uma Emergência de um grande complexo hospitalar que existe em sua cidade.

Lembramos com o leitor que este não é um espaço que se visite a passeio. As pessoas que lá chegam foram impelidas pelas fragilidades corporais, quando a dor se torna insuportável e não há nada que possam fazer senão buscar auxílio médico. “Visitas” assim são temidas, descartadas das agendas e evitadas ao máximo.

No caso de nossa cartógrafa a visita era a trabalho e ela estava atenta a todas as sensações que dela se apossavam enquanto percorria o trajeto e seus olhos se deparavam com várias cenas-limites. Aquele campo era completamente diferente de outros já cartografados. Era um campo que gemia, sangrava, agitava-se ao extremo, um campo acelerado na frenética busca por resgatar a vida e desbancar a morte. Paradoxalmente, era um lugar que parecia mais vivo do que nunca, certamente, pensa nossa cartógrafa, por lidar com o imponderável, o indizível que é a morte.

O convite para que este campo fosse adentrado e investigado surge com a demanda de humanização do atendimento prestado por esta importante unidade do SUS (Sistema Único de Saúde). A partir de uma solicitação do Grupo Hospitalar Conceição, na perspectiva de ampliar a implementação das diretrizes e dispositivos previstos na Política Nacional de Humanização (PNH), foi construído um projeto destinado a fortalecer os processos promotores de saúde dos trabalhadores da Emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição.

A Emergência do Hospital Conceição é referência hospitalar para pacientes de 39 postos de saúde do estado e para 12 unidades de serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), atendendo, diariamente, cerca de 1000 usuários. Sendo o maior setor de emergência do estado do Rio Grande do Sul, recebeu verbas do Programa QualisUS¹ para melhorias e ampliação de seu espaço, objetivando a qualificação do atendimento prestado à população.

Seguindo os pressupostos da atenção por nível de gravidade, conforme sugere o dispositivo Acolhimento Classificação de Risco, a nova Emergência foi dividida em quatro áreas sinalizadas por cores. A área vermelha atende aos casos graves que necessitem de socorro médico imediato; a amarela, pacientes com risco intermediário; a verde, aqueles que necessitam ficar em observação, ou aguardando leito; e a área azul, destina-se aos pacientes que precisam de pronto atendimento, mas não correm riscos. A emergência possui nove consultórios para clínica médica, cirurgia e assistência social, duas salas para pequenos procedimentos, sala de medicação e serviço de diagnóstico por imagem de raio X, ecografia e eletrocardiograma. Há outras duas salas de emergência odontológica,

¹ O QUALISUS é um Programa do Ministério da Saúde que propõe parcerias com governos estaduais e municipais para financiar inovações tecnológicas e físicas, proporcionando mais qualidade dos serviços prestados nos setores de emergência hospitalares.

com capacidade para realizar três mil procedimentos por mês. Uma equipe de trezentas pessoas – entre médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem e funcionários administrativos – atua no novo setor.

A primeira visitação da pesquisadora àquele ambiente surgiu, ainda, atrelada à recente reforma física do espaço em questão. E aqui cabe uma pausa para percebermos o que significa o habitar uma paisagem nova. Estas reformas surgem para garantir conforto, acessibilidade, informação e sinalização no cotidiano de trabalho, mas não se restringem à mera modificação do espaço físico uma vez que mudar a ambiência requer que se trabalhe com a pergunta geradora do presente projeto: quais mudanças no ambiente (caso elas existam) têm efeito no processo de trabalho? Como o corpo-trabalha-dor se move em terras recém desbravadas?

É por essa dimensão inaugural que a descrição do ambiente não consegue apresentar o agregado de forças que circula por ali, já que é um olhar excessivamente ligado às formas e adestrado à racionalidade.

É precisamente neste ponto que queremos avançar, ao mapear as diferentes forças que desenham a atmosfera da Emergência. Esta intenção implicará dar ênfase à dimensão sensível que, por mais que nos abarque e envolva, teimamos em neutralizar.

Só involuindo, pensa a cartógrafa, é que poderia acessar o plano destes *afectos*, até mesmo para que tivesse contato com todos os modos de trabalhar, e conseqüentemente viver, que estavam contraídos naquela atualidade. Modos que pediam passagem, soltura e que poderiam ganhar atualização caso o terreno e os ganchos oferecidos para tais virtualidades fossem férteis.

Nesse caso, se faz necessário o investimento no capital humano que trabalha neste novo espaço, a fim de que práticas mais democráticas, saudáveis e coletivas possam construir o cotidiano do trabalho desses protagonistas do SUS. Enfatizamos, então, a necessidade de compromisso com a continuidade das ações desencadeadas, aprofundando o princípio da autonomia de sujeitos que, até então, se colocavam numa postura queixosa em relação a tudo que seu trabalho não lhes permitia viver/fazer.

Valorizar o trabalho e os trabalhadores é auxiliá-los a entender os processos de produção de saúde em que estão mergulhados e situá-los como criadores desse modo de trabalhar na nova Emergência, investigando quais velhos modos de trabalhar continuam a existir e por que, e quais já não se justificariam. A alteração das práticas de trabalho reflete a forma como a atenção é oferecida ao usuário. Desta forma, pensar a melhoria da qualidade da atenção é ativar a relação que o trabalhador tem com o seu fazer. Relação de dor ou de prazer; de desejo ou de reconhecimento; de afastamento afetivo ou de evitação, mas sempre relação de implicação com a saúde/doença que seu ato de trabalhar permite.

Tal perspectiva era acionada a cada dia, a partir de cada visita, do acompanhamento de rotinas de cada sala que compunham o apoio intensivo que a equipe consultora desenvolvia junto às equipes para implementação dos dispositivos de humanização. Isto foi possibilitando um maior contato e familiarização das consultoras com a equipe, ampliando o acesso ao hospital, aos nomes dos procedimentos médicos, à cultura local, o que era efeito de uma aproximação efetiva com os trabalhadores. É nesse trajeto que nossa institucionalista:

(...) vai sendo tomada de perplexidade. Ela sente no ar uma mistura nebulosa de potência e fragilidade. Fica intrigada e quer entender o que provoca sensações tão paradoxais. Respira fundo, toma coragem, apela para seu olho nu e também para a potência vibrátil, não só do olho, mas de todo o corpo. E começa sua aventura. (Rolnik, 2006, p.233)

Nessa aventura particular, a cartógrafa permanecia abalada com uma perturbação vital: estava com um pé na vida e outro na morte. Habitava, assim, uma zona de risco, um espaço de “entre-vidas”. Não havia como esquecer esta dimensão da morte e da sua aparição, no corte que revela a carne, na falta de ar que impede o fluxo normal de se manifestar, no órgão doente que borbulha. Até mesmo porque a dor e o sofrimento estão estampados nos usuários e familiares que lotam a recepção. É este clima de agitação que a cartógrafa decodifica desta atmosfera, aprendendo que a vida pode entrar em colapso a qualquer instante.

A atmosfera é percebida como uma camada intensiva, fruto de um condensado de marcas e virtualidades que atravessam os corpos que ali se apresentam. Pode ser entendida como uma “poeira” atravessada por movimentos ínfimos percorridos por turbilhões em direções caóticas. Gil (1996, p.52) nos diz que a atmosfera “anuncia – ou pré-anuncia, faz pré-sentir – a forma por vir que nela se desenhara: a atmosfera muda, então, torna-se clima, define-se, assume determinações e formas visíveis.”

A resolução das forças em formas só se faz possível a partir do momento em que há tensão e jogo de forças. Esse combate permite que a qualidade intensiva ganhe expressão, esboçando “não uma forma figural, mas a prevalência de vetores de forças, de orientações, de qualidades ainda não determinadas” (Gil, 1996, p.55). É o processo de percepção do invisível que, ao criar um circuito de intensidades, torna-se presença.

São corpos-palavras, corpos-objetos, corpos-afetos, corpos-vibrações, corpos-silêncio, corpos-humanos e corpos que ainda não têm nome. É nesse lugar que o sensível circula e consegue dar mais materialidade às forças invisíveis que povoam o mundo.

Corpos que nos envolvem por todos os lados, ao mesmo tempo em que pertencemos a essa atmosfera, que, por sua vez, encontra-se aquém e além da nossa pele. Enreda-se aos sons, às temperaturas, aos gestos e olhares. A atmosfera torna-se algo presente, anunciando o encontro que aconteceu entre os tantos corpos disponíveis nesse campo. Em outras vezes, o que acontece é a luta entre as diversas forças que querem ganhar expressão e a atmosfera ganha uma qualidade pesada, densa, quase insuportável. Em nossa vida cotidiana, geralmente, ignoramos o estado intensivo em que nos encontramos mergulhados e, em especial, a relação que se faz das forças em movimento de luta. Tornar-se consciente desse contínuo vai-e-vem demanda um procedimento de desvio de um limiar que nos põe como que “acostumados a viver”. Rolnik (2004, p.233) nos auxilia a entender este processo de anestesiamiento, ao enfatizar que: “...o conhecimento do mundo como campo de forças tende a ser desacreditado, o que tem como efeito sua desativação”.

Algumas práticas, porém, permitem um meio propício para que as forças sejam desaceleradas e constituam uma forma visível, inusitada; criação esta a que denominamos de “novidade”, ou seja, um estado inédito. A intervenção intensiva a que se propunha este projeto pôde ser uma dessas práticas em que podemos sentir o rumor sutil das intensidades,

uma vez que tem como premissa básica o tempo gentil que o encontro, e a conversa gerada neste, nos proporciona. Neste sentido, é que desejamos produzir conhecimento e desenvolver tecnologias relacionais e de compartilhamento das práticas de cuidado e de gestão em saúde, operando fundamentalmente em duas dimensões:

1) Na investigação dos modos de cuidar presentes na Emergência, apresentando a Política Nacional de Humanização para que se possa refletir o que dela já está em andamento e o que ainda é possível implementar;

2) Na desativação dos modos de trabalhar que minimizam a capacidade de decidir em equipe e no fomento do trabalho com corresponsabilidade e cogestão.

O rumor sutil das intensidades seria ativado desde o momento em que nossa personagem conceitual adentra o cotidiano de trabalho da Emergência e propõe ao coletivo que este pare e converse. Como seria possível parar em um espaço no qual a pressa é tida como condição para se realizar o trabalho? Sim, nossa cartógrafa precisava de ajuda para construir uma estratégia de convocação aos funcionários. Nesse momento a rede de conversações² começa a ser ativada: a coordenação da emergência auxilia a cartógrafa a montar a lista, de acordo com os turnos, dos funcionários que seriam convocados. Convites apresentando o projeto e data da reunião geral são dispostos nas salas de convívio. Desta forma, começa o trabalho da cartógrafa. Os grupos eram constituídos por trabalhadores das diversas áreas da Emergência, dispostos de forma heterogênea em termos de formação (médicos, enfermeiras, auxiliares e técnicos de enfermagem, assistentes sociais e administrativos), tempo de serviço no GHC e áreas funcionais. Este critério resultou em uma composição de 6 grupos com aproximadamente 15 profissionais cada um (atingindo 50% do grupo funcional da Emergência) com duração de 1h30min totalizando 27 horas de discussões em grupo.

O propósito nesta 1ª etapa foi produzir uma análise de demanda que validasse o desejo dos trabalhadores, a partir de suas narrativas, do que viria a ser trabalhado nas etapas subsequentes do Projeto. A troca de experiência e as discussões empreendidas geraram um impacto no grupo, que pôde sair da posição de queixa para uma posição de desassossego frente às próprias necessidades e desejos, visto que ao longo do processo a reflexão proposta era a de provocar as análises da implicação de cada agente institucional com os processos descritos. O método da roda de conversa seria nossa melhor ferramenta de intervenção. Seria no interior da roda que o tal rumor das intensidades poderia se manifestar e não só a cartógrafa seria tocada pela força daquilo que viria.

Como nos lembra Gil (1996, p.280): “(...) é muitas vezes no ato ínfimo que melhor se manifesta a relação das forças; ou na fadiga, no tédio, na resignação, ou na elevação de entusiasmo ou na irrupção súbita da alegria” Tais manifestações subjetivas emergiam principalmente nas rodas de conversas propostas ao longo do projeto. Rodas estas que permitiam a circularidade dos saberes e aprendizagem mútua, independente da hierarquia, especialidade ou lugar que seus participantes dispunham.

² Utilizamos aqui a concepção desenvolvida por Teixeira (2001, 2003) que reconhece em toda *rede de serviços de saúde* uma natureza eminentemente *conversacional* do trabalho que, efetiva ou potencialmente, lhe dão forma. Por isto o autor defende que as *redes de trabalho em saúde* passam a ser concebidas como grandes *redes de conversações*.

O tempo mais lento que convidávamos os trabalhadores a experimentar produzia efeitos nas subjetividades. Queriam mostrar à equipe de analistas institucionais sua desassistência, precisavam se queixar, contar o que não funciona, afinal de contas, estávamos lá para fazer jus ao nome do projeto, estávamos lá para “acolher, quem acolhe”.

Acolher aqui ganha o sentido de escutar e dar vazão a qualquer expressão subjetiva que os sujeitos queiram trazer que lhes auxiliem a se apropriarem mais de seus trabalhos. Como diretriz operacional proposta pela Política Nacional de Humanização, o acolhimento requer uma nova atitude de mudança no fazer em saúde, que interfira nos modos de trabalhar e construa coletivamente propostas de mudanças estruturais na forma de gestão do serviço de saúde. Nessa perspectiva: “O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções” (Brasil, 2009, p.19).

Era, portanto, preciso suportar o tom de lamúria que acompanhava os primeiros encontros, ali era o espaço para isto também. E a queixa lamurienta clamava por ser acolhida e ganhava dimensões transpessoais na medida em que podia ser anunciada pelo grupo. Trata-se, então, do incentivo à construção de redes de autonomia e compartilhamento, onde o acolhimento pudesse expressar-se como movimento em direção ao outro, dispositivo de humanização, pois para a PNH: “O ato ou efeito de acolher expressa uma ação de aproximação, um ‘estar com’ e ‘perto de’, ou seja, uma atitude de inclusão, de estar em relação com algo ou alguém” (Brasil, 2009, p.11).

No convívio permitido pela roda, a cartógrafa percebe que sua prática lhe exige um tipo de “atenção ao presente” (Kastrup, 2000). À medida em que percorre os labirintos da Emergência e propõe novos encontros aos trabalhadores, sente que algo se modifica em seu modo de estar “ali”. Não que tenha deixado de se afetar, mas antes as afecções provinham de uma intencionalidade e foco determinados, ditados por um olho treinado para observar relações e processos de trabalho oriundos de um plano reflexivo e consciente. O que era de se esperar, já que, “para um estado de coisas permanentemente nebuloso, trepidante e ameaçador, um estado de espírito permanentemente de plantão” (Rolnik, 2006, p.98). Agora algo começava a se mover...

Na sequência das rodas de conversa, a cartógrafa propõe uma consigna: que o grupo criasse uma história coletiva sobre um dia de trabalho na Emergência. Um desses grupos constrói a seguinte ficção a partir de diferentes fragmentos costurados na própria roda:

Zé veio de Butiá.³ Sentindo-se mal procurou o posto que trouxe o paciente em um transporte. Ele veio sem encaminhamento, sem documento, sem nada!

Chega direto na garagem da sala vermelha gritando por atendimento. A técnica vai ver se têm encaminhamento e o paciente esperando no frio. Como não tem contato vai para amarela ser avaliado pelo médico. Na azul é medicado enquanto o familiar faz o boletim.

Lá fora o motorista tá brigando, quer saber se pode ir embora ou se tem que esperar.

³ Município da região centro-sul do Rio Grande do Sul, com 21.153 habitantes, distante 83 km da capital.

Como o Zé não passou pelo acolhimento não tem avaliação de risco. Vai um atendente e faz isso. O paciente fica três horas esperando na cadeira. “Mas como? Se ele não foi avaliado, vai ter que esperar mais?!” O familiar quase tem um chiquete e replica: “tudo isso porque sou pobre!”

Na azul ele é atendido e recebe medicação, volta, então, para o saguão e não tem médico. Só é atendido de noite. Enquanto isso, foi tanto tumulto que os colegas não se lembram da maca de Butiá que chegou com o paciente.

No dia seguinte, o colega do atendimento, que não sabia de nada, recebe um telefonema de Butiá de onde vem uma voz furiosa que diz: “Cadê a maca que não voltou?” “Não sei! – diz o colega – Mas vou checar.” Vai procurar na sala, volta, não acha, retorna. A enfermeira diz: “Vais ganhar uma ocorrência!” A maca estava ocupada na Tomo, vai ficar por aqui!

Vários analisadores emergem da cena narrada e invadem tanto a roda de conversa quanto o corpo da cartógrafa. Seu olhar volta-se para o analisador ‘relação Emergência–Rede’. Esta escolhe lhe faz pensar que os efeitos gerados cotidianamente nos trabalhadores, pela falta de articulação da rede e pelo desconhecimento dos mesmos (tanto trabalhadores da rede quanto usuários) frente às diretrizes de avaliação de risco, desorienta os encaminhamentos produzindo reações tanto nos trabalhadores, que se sentem pressionados, quando na população que se sente desatendida.

Em outra proposta grupal, gerada em consequência da acima narrada, solicitamos uma descrição crítica do fluxo de entrada e circulação dos usuários pela Emergência e acompanhamos, sala a sala, os movimentos possíveis de serem feitos pelas pessoas que procuravam o serviço. As salas apontadas, em diferentes grupos, como as mais difíceis de trabalhar foram a recepção e a sala de medicação. Avaliamos que a dificuldade residia no enfrentamento com a dor em estado bruto, instante em que não houve uma avaliação médica e que o caso não foi encaminhado para uma resolução. É nesse tempo em que os profissionais lidam com as agruras e os sofrimentos humanos que sentem a impotência lhe açoiar o rosto, impedindo qualquer gesto. Conversar, explicar, confortar são ações fundamentais, mas que necessitam de um preparo subjetivo para lidar com angústia e a irritação advindas dos casos de urgência. É justamente esse preparo que os trabalhadores, muitas vezes não têm, até mesmo porque seu treinamento de “especialistas” é para a resolução imediata de problemas/sintomas, o que desloca a atenção para a realização dos procedimentos e não para técnicas de sensibilização de si e dos outros. O inesperado, que se manifesta com usuários que chegam em vias de acesso diferentes das planejadas, e sem os encaminhamentos precisos, culmina na ativação de uma angústia no profissional que não consegue executar o devido acolhimento com classificação de risco.

É aí que percebemos a inter-relação entre pressa – descaminhos – e cumprimento do processo de acolher esperado, que passaria por um *acolhimento em saúde* entendido como: “Postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário, que inclua sua cultura, saberes e capacidade de avaliar riscos” (Brasil, 2009, p.19). Como dispositivo tecno-assistencial, o acolhimento permite refletir e mudar os modos de operar a assistência, pois “questiona a clínica no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e o acesso aos serviços” (Brasil, 2009, p.25). Já

a avaliação de risco e vulnerabilidade “implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico...” (Brasil, 2009) o que significa que não pode ser tomada como atividade meramente técnica de um ou outro profissional, mas tem que considerar o usuário e sua rede social, que detêm um saber acerca da dor/sofrimento daquele humano singular que não deveria ser desprezado por um serviço de saúde humanizado.

Neste modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços, posturas como resolutividade, implicação e responsabilidade se tornam imprescindíveis. Faz-se necessário escuta, análise da situação e respostas adequadas aos usuários e/ou familiares da rede de saúde. E o que percebemos é que o momento da escuta corre o risco de se perder frente às exigências que a pressa em resolver a situação do usuário impõe.

Se a escuta “escorrega”, falha o que entendemos como rede, principalmente na potência que ela carrega de conectar as pessoas e criar vias de sensibilização. Até mesmo porque o sujeito que acolhe torna-se responsável pelo processo desencadeado. No exercício do acolher, vemos o protagonismo de quem acolhe e de quem é acolhido. É um processo de produção de encontros entre sujeitos e coletivos, e é justamente esta dimensão que pode ser perdida quando a rede de contato e de conversação não consegue ser estabelecida.

Como tornar o olho sensível ao que vê? Como ir além das críticas ao sistema, aos hospitais e Unidades Básicas de Saúde, à má educação dos usuários e familiares, às incapacidades da administração? Como responsabilizá-los pela invenção de novos modos de trabalhar?

A cartógrafa pensava que estas eram as velhas formas encontradas para que o desejo permanecesse somente em sua força reativa, congelando seu próprio movimento de expansão. Claro que para escapar ao intolerável e poderem lidar com a doença e a morte, muitas vezes estes mesmos trabalhadores eram convocados a diminuir a potência do vibrátil, anestesiando-se assim do excesso subjetivo que muitas vezes configurava seu fazer. O contágio com a atmosfera da morte é frequente nos hospitais, serve como uma estratégia defensiva que embota as afecções e faz com que a vida siga seu fluxo acelerado. Além do mais, “a única coisa de absolutamente real é a morte. Mas aí é tarde demais: a morte (...) é um corpo que cai no vazio, inerte. Um corpo vibrátil que não vibra mais, um corpo físico cujo funcionamento foi interrompido” (Rolnik, 2006, p.99).

Nesse momento, também se amplia nossa percepção, porque muitos trabalhadores sentiam vontade de mudar sua postura de trabalho e retomar a vibratibilidade de seus corpos. Entendíamos a vinculação dos grupos às rodas propostas como sinal de que esta vida também se angustia com as estratégias de sabotagem que cria.

Nossa amiga institucionalista, de repente, entende algo que a intriga desde o início: atrás das máscaras utilizadas no atendimento diário dos usuários, os técnicos não tinham rosto, porque este é feito para desaparecer a cada nova atmosfera que se cria e novas máscaras surgem. O que havia nessa troca de máscaras era ativação do desejo que lançava outra expressão a ser criada. Alguns eram tocados, tinham vontade, sentia-se isso; outros não queriam retirar suas máscaras atuais, afinal, era com elas que se reconheciam e que conseguiam operar seu modo de ser trabalhador naquele campo. Os que aceitavam a novidade abriam-se para descobertas interessantes, percebiam

que seu corpo sensível era tocado com maior frequência e intensidade a cada prática desenvolvida. Tanto que fomos convocadas a construir um espaço de educação permanente, a partir de uma demanda dos trabalhadores de conhecerem melhor (em alguns casos serem até mesmo apresentados) o sistema único de saúde no qual estão inseridos.

A proposta estruturada como breve curso “Redescobrimo o SUS” era de ofertar, no transcorrer do projeto maior, momentos de fazer-pensar, perspectivando a ideia do que é estudar, ampliando o conhecimento sobre o próprio processo de trabalho e fazendo-os sentir na própria pele que este é um momento de trabalho também e não uma “perda de tempo”. Era ali, naqueles espaços de estudo, que eram forçados a pensar na relação que estabeleciam com os outros (usuários, familiares e colegas) e na história da saúde do seu país. É este pensamento ativado que transpõe a ideia de sujeito e nos aproxima de uma grupalidade, que torna possível desindividualizar as impressões e queixas que antes pareciam solitárias. Como nos disse uma enfermeira, durante uma roda de conversa: *“Isso sim que é convívio! Agora sinto o que é o tal trabalho em equipe.”*

Algo realmente começava a sensibilizar o coletivo, tal acontecimento também alcançava a nossa cartógrafa. Ela sentia uma estranha inquietude em sua prática, tal sensação parecia sinalizar que uma novidade ganhava forma. Relembrava Deleuze (1997, p.73) quando nos conta sobre as crianças que não param de dizer o que fazem ou tentam fazer, como forma de explorar os meios por trajetos dinâmicos. Não seria essa “zona de vizinhança” que passava por esta intervenção? Estaríamos experimentando habitar um meio fluido e intenso, próprio das molecularidades? Como meio que nos convoca a colocar o corpo em movimento, não se abriria aí a possibilidade utilização de outras máscaras?

Acreditamos que este meio abriria caminho para a exploração da dimensão inventiva. Kastrup (2000, p.372), em seu artigo sobre o devir-criança nos diz que este conceito de Deleuze e Guattari, porta a ideia de uma criança que persiste no adulto enquanto virtualidade e enquanto condição de divergência e diferenciação da cognição. Uma criança coexiste conosco numa linha de desterritorialização que bagunça nossos códigos vigentes, como brinquedos de montar dispostos numa mesa, que a mão curiosa de um pequeno insiste em mexer e remexer, mesmo diante de um adulto que insiste em lhe dizer para não fazê-lo.

Neste momento podemos redirecionar a atenção e assim conseguimos afirmar a cognição em devir, perspectiva que nos faz desgrudar de um ego fortalecido que já sabe o que fazer, como escutar e como encaminhar cada situação. Essa transformação temporal que se dá no presente, ajudava a cartógrafa e os grupos trabalhados a deixarem-se envolver por um movimento de dissolução de formas instituídas, fazendo com que novos pensamentos, enunciações e ideias possam se constituir neste mesmo local de trabalho. A cognição em devir, volta a nos dizer Kastrup (2000, p.337) “acessa esse meio molecular, denso e invisível”, reservatório de possíveis para que trabalhadores e consultores envolvidos no projeto aprendam a “abrir o corpo”, já que para fechá-lo não precisam de muito esforço.

Humanizar as práticas de saúde passa por desnaturalizar a atenção mecanizada que busca a todo o momento um “caso” a atender e desativar as estratégias de silenciamento do sensível. A cartógrafa aprendia com e nesse coletivo a enxergar as forças vibrando nas, e no entorno das, formas já dadas. O que temos em mira é justamente o desmanchamento dos instituídos que emperram o fluxo de fazer sua passagem. É nessa hora que sentimos uma impaciência com o tempo de espera e com as regras institucionais. Essa impaciência com a regra, explica Kastrup (2000, p.379) tem como (...) “contrapartida uma molecularização da percepção e uma exploração motora mais fina, sintonizada com a fluidez da matéria com a qual entra em contato direto (...) é nessa região em que a cognição se moleculariza e o mundo transborda em suas formas representadas que a invenção pode ocorrer”.

A cartógrafa foi tomada pelo devir-criança que circunda aquele meio, recuperando-se dos impasses e problemas institucionais, e ela volta ao campo no melhor estilo de Alice: ardendo de curiosidade.

Este o estado desejante que permite a nossa cartógrafa analisar as perturbações e instabilidade como elementos resultantes da dissolução das formas de trabalhar no hospital e com o hospital. Tal estado desejante já é um uso da atenção aberto às forças do presente e que permite mapear o campo a partir da circulação de intensidades que o constituem e atravessam.

E assim se ativa o princípio de uma outra cognição, um outro jeito de funcionar frente às burocracias, às políticas partidárias, à miséria do país, às manifestações humanas de doença e da dor. Um jeito de funcionamento que leva a regra de prudência deleuziana a sério, colocando em uso um cuidado com a vida e reconhecendo seus perigos e desvios, suas amplitudes e possibilidades. Uma regra que saiba de quais encontros o corpo precisa para se fortalecer e de quais venenos pode prescindir.

É justamente neste instante que nossa institucionalista percebe que estava modificando a si mesma e à relação consigo ao exercitar tais práticas de pesquisa. O pedido que logo atenderá com suas colegas, dizia da produção de novos modos de trabalhar na Emergência, mas a captura foi dupla e agora ela sentia a diferenciação instalando-se em seu próprio fazer. Como algo que já a habitava, mas não era do seu conhecimento, nem tampouco estava sob o controle do ego. O encontro com este campo a diferenciou de si mesma. E com os outros trabalhadores da saúde, o que acontecia? Estariam mais sensíveis para lidar com os usuários e os procedimentos já conhecidos? Deixam-se tocar por essas experiências com uma força nova? Sentiam nosso espaço de conversa como um plano de organização, compreensão e acolhimento das vivências *afectivas* inesperadas? Desejavam modificar sua prática diária? O que estavam dispostos a inventar?

Talvez uma manifestação da sintonia, ao mesmo tempo silenciosa e intensiva que nos envolvia neste processo, tenha se desenhado durante uma conversa, quando, na roda em que se pensavam possíveis desdobramentos futuros do projeto, a sugestão da consultoria e de um dos enfermeiros foi enunciada ao mesmo tempo. As ideias eram próximas, pensávamos na mesma direção, sinal de que o desejo corria lado a lado.

A sugestão passava por conhecer a realidade das UBS (Unidades Básicas de Saúde) que fazem referência à Emergência. O pedido feito pelo grupo de trabalhadores da Emergência funcionava para que os ajudasse a compreender e trabalhar melhor a relação Emergência-Rede. Tal pedido apareceu em muitas das falas dos profissionais que participaram das rodas de conversa, até porque os critérios de avaliação do acolhimento com classificação de risco já haviam sido trabalhados pela direção da Emergência, com apoio de consultores da PNH, antes mesmo da abertura da mesma.

O grupo de trabalhadores apontou que se fazia necessário “conversar” com a rede sobre estes critérios e, em função disto, começamos a preparar uma rodada de visitas nas Unidades Básicas de Saúde. Como não seria viável visitar todas as Unidades o grupo trabalhado realizou um mapeamento e apontou aquelas unidades que deveriam ser priorizadas. O critério utilizado para a escolha foi a incidência de usuários que chegam à Emergência por não terem tido um acolhimento adequado (as vezes mínimo!) nas Unidades Básicas de Referência. Assim, foram destacadas 9 das 12 unidades dentro do território de abrangência do GHC.

Além de apontarem a necessidade de consolidar a rede externa, o grupo de trabalhadores definiu também como prioridade trabalhar com a rede interna do Hospital, com a perspectiva de informar e facilitar o processo de trabalho com as áreas do Hospital que fazem interface direta com a Emergência, a saber: gerência da central de leitos; gerência do laboratório central e Internação (medicina Interna e Vascular) Ressaltaram também a importância de conversar com dois setores que compõem a Emergência, como a Coordenação odontológica e o Serviço Social.

Sabemos que a implementação e “aquecimento” de uma rede, como apontado por Passos e Benevides (2006) é um dos desafios na implementação de processos de cuidado em saúde, pois historicamente aprendemos a trabalhar de forma fragmentada, cada um na sua especialidade, com suas especificidades técnicas. Assim também os serviços de saúde foram desenhados na perspectiva de atender à população da mesma forma. “Devolver o produto a seu processo de produção tal como entendemos ser a direção da clínica pressupõe conectarmo-nos nas redes quentes produtoras da diferença” (2004). Trata-se agora, de reverter um processo consolidado ao longo de muitos anos na perspectiva de implementar um cuidado integralizado do usuário, com práticas mais mestiças, como aponta Ferla (2002).

Os trabalhadores queriam novidade e surpresa, desejavam se deslocar do seu ambiente conhecido de trabalho e cartografar a rede a que pertenciam, ou seja: rastrear o território, criar uma aproximação e parceria com os colegas que lá atuam. Queriam, portanto, utilizar suas novas potencialidades conquistadas com este novo estado de sensibilização do agir e do pensar. Eles também entrariam em campo estranho, também desejavam ser produtores nessa intervenção, multiplicando e contagiando outros colegas com a arte de cartografar.

O interessante é que os próprios trabalhadores encontraram uma forma de agir sobre a impotência da queixa sobre a rede, queixa esta tão “alargada” nos discursos sobre os serviços de saúde no Brasil. O grande desafio com que cotidianamente nos deparamos é combinar trabalho com cuidado. Eles não se opõem, mas se compõem,

juntos constituem a integralidade da experiência humana. O equívoco está em opor essas duas dimensões, o que gera alienação, sofrimento, miséria, submissão e doença. O resgate se faz através de uma forma diferente de entender e realizar o trabalho, recuperando o verdadeiro sentido da atividade humana que se funda a partir da relação fundamental entre subjetividade e objetividade técnica. Ninguém oferta o que não experimenta, ninguém divulga o que não conhece, não se pode demandar do trabalhador/cuidador uma forma de cuidado acolhedor, humano, solidário, se sua experiência de vida e trabalho não lhe permite experimentar nada disso. Acreditamos que a mudança institucional que ocorreu neste coletivo foi uma sensibilização dessa natureza, na qual não apenas se falava de gestão, mas se realizava a gestão do próprio trabalho.

Realmente, pensou nossa cartógrafa, quando o mundo conhecido se movimentava e encontra ressonância, conseguimos estremecer o corpo e abri-lo ao sabor das forças moventes, porque assim algo se passará, assim algo se transmutará. Agora ela poderia buscar novos campos, porque nesse hospital novas cartografias serão desenhadas por outras mãos.

Referências

- Ministério da Saúde (2008). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS* (4.ed.). Brasília: Editora do Ministério da Saúde, Brasil. Disponível em: <www.redehumanizausus.net> Acessado: 20/06/2010.
- Ministério da Saúde (2009). Secretaria de Atenção à Saúde; Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Acolhimento de classificação de risco nos serviços de urgência*. Brasília: Ministério da Saúde, Brasil. Disponível em: <www.redehumanizausus.net> Acessado: 10/11/2009.
- Deleuze, G. (1997). *Crítica e clínica*. São Paulo: Ed.34.
- Ferla, A. (2002). *Clínica nômade e pedagogia médica mestiça: cartografias de ideias oficiais e populares em busca de inovações à formação e à clínica médica*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação da Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Gil, J. (1996). *A imagem nua e as pequenas percepções: Estética e metafenomenologia*. Lisboa: Relógio D'Água Editores.
- Kastrup, V. (2000). O devir-criança e a cognição contemporânea. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 13(3), 373-382.
- Rolnik, S. (2004). “Fale com ele” ou como tratar do corpo vibrátil em coma. Em: T. M. Fonseca & S. Engelman (Orgs.), *Corpo, arte e clínica* (pp.231-238). Porto Alegre: UFRGS.
- Rolnik, S. (2006). *Cartografia sentimental: Transformações contemporâneas do desejo*. Porto Alegre: Sulina.
- Serres, M. (1993). *Filosofia mestiça*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

- Teixeira, R. R. (2001). Agenciamentos tecnosemiológicos e produção de subjetividade: contribuição para o debate sobre a trans-formação do sujeito na saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6(1), 49-61.
- Teixeira, R. R. (2003). Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. Em: R. Pinheiro & R. A. Mattos (Orgs.), *Construção da integralidade – cotidiano, saberes e práticas em saúde* (pp.49-61). Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO.

Recebido em março de 2010

Aprovado em agosto de 2010

Simone Mainieri Paulon: Psicóloga; Doutora em Psicologia Clínica (PUC-SP); Professora e Pesquisadora do Departamento de Psicologia Social e Institucional e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social (UFRGS).

Débora de Moraes Coelho: Psicóloga; Mestre em Psicologia Social e Institucional (UFRGS). Docente na Graduação em Psicologia (UNIVATES) e na Graduação em Sistemas de Informática (UNIRITTER).

Fernanda Luz Beck: Psicóloga; Especialista em Saúde Pública (UFRGS); Mestranda em Psicologia Social e Institucional (UFRGS).

Endereço eletrônico para contato: intersec@intersecpsico.com.br