

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL**

Susane Londero

**RE-INVENTANDO O ACOLHIMENTO
EM UM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL**

**Porto Alegre
2010**

Susane Londero

**RE-INVENTANDO O ACOLHIMENTO
EM UM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Psicologia Social, pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Dra. Cleci Maraschin

Porto Alegre
2010

Dedico a quem aposta na produção
de novas relações no âmbito da saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que compuseram as diversas redes de conversação cujo entrecruzamento tornou possível este trabalho.

A minha orientadora Cleci Maraschin, com quem aprendi a colocar as idéias entre parênteses. Agradeço pela confiança, pela leitura atenta do meu texto ao longo do percurso, por todas as valiosas contribuições. Minha admiração por sua ética e disponibilidade.

Às colegas do grupo de pesquisa, porque o mais importante é o que construímos com os outros. O que juntas criamos e compartilhamos marcou minha trajetória.

À família - minha irmã Daiane e meus pais Nelson e Elisa - por estar sempre presente, incentivar os meus estudos, e dar todo amparo necessário.

À equipe do Cais Mental pela acolhida, admirável abertura para fazer-se campo de pesquisa.

E, em especial, ao Roberson, pelo amor que é força incentivadora.

*Se você está aqui
É porque veio
Se você veio até aqui
É porque está atrás de alguma coisa
Se você não quer nada
Por que não vai embora?
(Titãs)*

RESUMO

Este trabalho trata do acompanhamento dos processos de acolhimento em um CAPS II localizado na cidade de Porto Alegre ao longo de quatro meses. O objetivo não é propor um modelo de como acolher o usuário, mas ver como a política pública se desdobra em prática, como o acolhimento se atualiza nesse serviço, mapeando suas vicissitudes e potenciais. No intuito de adotar uma estratégia que fosse sensível aos processos de um coletivo em uma política do acolhimento, utilizamo-nos de ferramentas teórico-metodológicas da etnografia e da Biologia do Conhecer de Humberto Maturana. Vinculados a uma política inventiva da cognição, entendemos que o processo de produção de conhecimento não pode ser efetivado de modo separado dos processos de transformação de nós próprios e do mundo. Por isso, tomamos a própria imersão no campo como dispositivo de análise. Três focos principais guiam o olhar nessa pesquisa: a concepção de acolhimento que se atualiza nas ações empreendidas, a organização da própria equipe e a relação com a rede de saúde. Tendo como plano de análise a perspectiva da cognição enativa, constatamos que o acolhimento revela uma micropolítica que atualiza as relações entre os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Uma vez que entendemos que o coletivo é o que opera a micropolítica, o acolhimento é fundamentalmente uma ação do coletivo. Obtivemos pistas sobre como o acolhimento é feito no CAPS estudado, sobre como esse coletivo específico o exercita. Vimos que a conversa é um importante operador de produção do acolhimento, sendo sustentado coletivamente, o que implica na impossibilidade de haver um modelo único de como acolher. Além disso, observamos que os entraves no funcionamento do processo de acolhimento aparecem em momentos de ausência de operacionalidade coletiva.

Palavras-chave: acolhimento, CAPS, coletivo, micropolítica.

ABSTRACT

This work deals with attendance on welcoming processes at a CAPS II located in Porto Alegre city for four months along. The objective is not to purpose a model how welcome users, but realize how the public policies are unfolded in practice, how the welcoming is upgraded on this service, mapping its vicissitudes and potentials. Aiming to adopt a sensitive strategy to collective processes on welcoming policies, we have used theoretical and methodological approaches from ethnography and Humberto Maturana's Biology of Cognition. Entailed with an inventive cognition policy we understand knowledge production process cannot be realized apart from worldwide and ourselves changing processes. Therefore, we have taken our own field immersion as an analysis procedure. Three aims guide us on this research: the welcoming conception upgraded on the undertaken actions, team organization and the relationship with health network. Working with enactive cognition perspective as an analysis plan, we have found, welcoming shows up a micropolicy, upgrading the relations between SUS principles and Psychiatric Reform. Thus, we understand the collective accomplishes the micropolicy, so the welcoming is fundamentally an action from the collective. We have obtained indications about how welcoming is realized in studied CAPS, and how this specific collective exercise it. We have observed conversation is an important production operator of welcoming, being collectively maintained, what carries to the impossibility of existence of a single model on welcoming. Besides, we had observed the fetters on this process have appeared at moments of lack of collective operacionalization.

Key words: welcoming, CAPS, collective, micropolicy.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	9
1 INTRODUÇÃO.....	12
2 POLÍTICAS PÚBLICAS NORTEADORAS.....	16
3 MICROPOLÍTICA DO COLETIVO.....	26
3.1 Dispositivo e Diretriz.....	29
4 ENTRADA NO CAPS.....	32
5 GUIAS TEÓRICOS.....	36
5.1 Autopoiese e Determinismo Estrutural.....	36
5.2 Abordagem Enativa da Cognição.....	40
5.3 Redes de Conversação.....	46
5.4 Diretriz Ética.....	49
6 CAMINHOS/ MÉTODO DE PESQUISA.....	53
7 TRAJETÓRIA EM TRÊS FOCOS.....	60
7.1 A Concepção.....	60
7.2 A Equipe.....	65
7.3 A Rede.....	73
8 MARCAS DE UM PERCURSO.....	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	82

APRESENTAÇÃO

O interesse pelo tema do acolhimento partiu da realização de um estágio em um Programa de Saúde da Família (PSF), na cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul, assim como do envolvimento com a questão da saúde do trabalhador durante minha graduação em psicologia. Cabe ressaltar também a importância de ter integrado uma equipe de estagiários de Psicologia em uma Unidade Sanitária daquela cidade e em uma Escola Municipal de Educação Infantil. Enfim, vários “encontros” nos últimos dois anos na graduação suscitaram a pesquisa sobre a rede pública de saúde, e mais especificadamente, a questão do acolhimento.

Esse contato com a rede de saúde possibilitou o levantamento de inúmeras questões, que emergiram a partir da escuta dos profissionais, da observação da sua relação com a comunidade, das angústias frente à demanda excessiva por parte da mesma, dos modos de organização do trabalho. Na medida em que se configurava o acoplamento a esse “território”, ficava cada vez mais instigante a tentativa de entender melhor como se davam esses processos no cotidiano dos trabalhadores de saúde.

Aliado à experiência pessoal, o contato com a literatura na área revela que a temática do acolhimento e do vínculo nos serviços de saúde é hoje intensamente discutida no Brasil, e vem ganhando importância crescente no campo médico-sanitário. Sobretudo, vem requalificando a discussão a respeito do problema do acesso e da recepção dos usuários nos serviços, que envolve também o problema contemporâneo da ética e da democracia. (TEIXEIRA, 2003).

Tais temas, bem como a relação entre usuário e trabalhador, me interessavam cada vez mais, pois pareciam ser um dos centros em torno do qual as práticas das políticas públicas em saúde giravam. Assim foi se abrindo um campo para que eu ingressasse no debate sobre o tema do acolhimento. De acordo com Merhy (1997), o acolhimento se destaca como qualificador de uma relação, sendo passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro. Como postura (diretriz) e prática (dispositivo) nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde, ele favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com a equipe e os serviços. Assim como a defesa do SUS como uma política pública essencial da e para a população brasileira.

Através do projeto de pesquisa no PSF e da literatura, fui apresentada à “Biologia do Conhecer”, teoria do chileno Humberto Maturana. Trata-se de uma teoria que tem contribuído na discussão da saúde pública ao agregar a constituição do fenômeno social baseado na ética da aceitação do outro como legítimo. Esse encontro teórico serviu de motivação para aprofundar as idéias desses autores, relacionando-as com aspectos do acolhimento.

A leitura da obra do biólogo chileno faz com que se atente para a responsabilidade diante da afirmação de que o mundo em que vivemos tem a ver conosco, com nossas práticas coletivas. Essa perspectiva põe em evidência que aquilo que fazemos não é trivial, somos responsáveis pelos mundos que compartilhamos. Ao mesmo tempo é desafiadora, pois dá sentido ao viver e abre possibilidades de invenção. Não outorga aos mundos construídos um sentido transcendente, mas um sentido imanente, todo o tempo. As coisas que fazemos são sempre significativas (BORTOLLUZI, 2006) e construtoras

de realidades. Assim, não havia mais como essas posições não permearem meu trabalho, e servirem como articuladores conceituais.

Dessa forma, a busca do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da UFRGS se deu com o intuito de realizar uma pesquisa para pensar dispositivos, estratégias, modos de fazer o acolhimento nos serviços de saúde. Pensar as experiências que já se tem e poder a partir delas, constituir espaços de reflexão das práticas. Considero importante que existam momentos para refletir sobre o que está sendo feito – produzindo e sendo produto, co-responsável.

Já no mestrado, discussões instigantes ao longo das disciplinas fizeram com que meu interesse se voltasse mais especificamente para rede de atenção em saúde mental. Através de contatos da orientadora, foi em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade que encontrei abertura para me inserir como pesquisadora, e onde decidi focar meu trabalho. Aprofundamentos e agregações teóricas se seguiram, definições e re-definições metodológicas, sempre com a questão norteadora de como se dá o processo de acolhimento.

1 INTRODUÇÃO

É na experiência da saúde pública que propomos analisar a dimensão coletiva do processo de produção de práticas de saúde. Falar da saúde como processo de produção é falar de uma experiência que não se reduz a uma relação linear entre queixa-diagnóstico-intervenção, já que aponta para a multiplicidade de determinantes da saúde, e, mais especificamente, para a complexidade das relações entre os sujeitos trabalhadores, gestores e usuários dos serviços. O que se produz nesse processo é a um só tempo modos de experimentar a saúde e os sujeitos aí implicados.

Tendo em vista esses pressupostos, o objetivo da pesquisa é acompanhar a reinvenção do acolhimento no cotidiano de um serviço de saúde mental. Atentar para o que é posto como problema, que redes de conversações se entrecruzam nesse espaço, o que qualifica a relação trabalhador-usuário, como a ética do acolhimento aparece nas conversações da equipe, como se dá a apropriação pelos trabalhadores de um saber-fazer o acolhimento.

Dedicamos o primeiro capítulo à apresentação das macropolíticas envolvidas neste trabalho. Partindo da proposição do Sistema Único de Saúde no Brasil, com seus princípios de universalidade, integralidade e equidade, abordamos a implantação da Política Nacional de Humanização, que propõe autonomia, protagonismo, coresponsabilidade e vínculos solidários; e chegamos ao acolhimento, uma das diretrizes dessa política que sinaliza direção para as construções coletivas.

Queremos pensar as práticas de acolhimento no campo da saúde mental, mais especificamente em um CAPS, que constitui um dispositivo com valor estratégico para a

Reforma Psiquiátrica Brasileira. Cabe ao CAPS o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território. Ele é o núcleo de uma nova clínica que convida o usuário à responsabilização e protagonismo em toda trajetória do seu tratamento – justamente os valores que norteiam a Política de Humanização. Assim, pensamos que o acolhimento pode se constituir em um ponto de interface importante entre a Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional de Humanização do SUS.

Por isso, estudá-lo, a partir de uma determinada concepção de cognição enativa, pode revelar o quanto essas duas macropolíticas estão articuladas pela micropolítica do acolhimento, que será melhor explorada no segundo capítulo. Nesse segundo momento tomamos o acolhimento como dispositivo (prática) e como diretriz (postura) para esse processo de produção da saúde coletiva, ou do coletivo como expressão de saúde. Ou seja, trata-se ao mesmo tempo de produção coletiva e produção do coletivo.

Apresentamos nosso campo de pesquisa, o CAPS II Cais Mental Centro, no terceiro capítulo. Dessa forma, situamos o leitor no serviço específico onde mapearemos como o acolhimento é efetivado pelos trabalhadores. O CAPS estudado é referência no município em atenção à saúde mental, isto é, em termos micropolíticos.

No quarto capítulo apresentamos os principais articuladores teóricos da pesquisa, a saber, autopoiese, determinismo estrutural, cognição enativa, conversa e ética. Tais conceitos ajudam a entender o acolhimento como um espaço propício para o exercício de uma cognição inventiva em saúde. A conversa, para Teixeira (2003), é a substância principal das atividades de um serviço de saúde. Maturana (1997) fala que as conversações são capazes de desencadear transformações estruturais recíprocas no

encontro, a partir dos entrecruzamentos de redes de conversações. O mesmo autor toma a ética como o reconhecimento do outro como um legítimo outro na relação. E, Varela (1995), define ética como ação aberta a problematização. Tomando uma política inventiva da cognição, queremos pensar, com Kastrup (2007), a recongnição e a invenção no trabalho em saúde. Além disso, entender como a equipe percebe as necessidades do usuário, percepção esta que está atrelada à estrutura do serviço.

Para tanto, lançaremos mão da metodologia de pesquisa-intervenção, abordada no quinto capítulo. Ao mesmo tempo método e ação, pela possibilidade de criação de conhecimentos e de territórios de vida. A pesquisa se articula à intervenção para produzir interfaces entre instituição de formação e campo empírico, entre teoria e prática, entre sujeito e objeto (PAULON, 2005). Na busca por uma estratégia que seja sensível aos processos de um coletivo em uma política do acolhimento, utilizamos a etnografia como intercessor metodológico.

Por último, apresentamos uma discussão que não busca preconizar um modelo de acolhimento, e sim, como ele se desdobra em prática, como o acolhimento se atualiza nesse serviço, mapeando suas vicissitudes e potenciais. Enfim, trazemos algumas respostas à pergunta sobre como se dá o processo de acolhimento nesse CAPS de Porto Alegre, e como esse processo revela uma micropolítica que atualiza as relações entre SUS e Reforma Psiquiátrica, tomando como plano de análise a perspectiva da cognição enativa.

Apostamos na possibilidade de atribuir ao acolhimento desenvolvido pelos profissionais nesse CAPS uma dimensão potencializadora, considerando a riqueza da diversidade que constitui tal processo, onde se colocam em jogo distintas possibilidades

de constituição subjetiva na relação profissional-usuário, com o objetivo de conhecer as necessidades e ouvir experiências múltiplas.

2 POLÍTICAS PÚBLICAS NORTEADORAS

De acordo com as análises de Teixeira (2003), o Movimento Sanitário, em consonância com o processo mais amplo de democratização do país, entendeu que o chamado “povo brasileiro” também poderia ser um cidadão com direitos. No campo da saúde, esse processo fundamentalmente ético-político viria a se traduzir não apenas num conjunto importante de regulamentações jurídico-legais, mas, sobretudo, em uma série de políticas públicas.

O Sistema Único de Saúde - SUS - é um produto dessa Reforma Sanitária Brasileira, processo que mobilizou a sociedade para propor novas políticas e novos modelos de organização de sistema, serviços e práticas de saúde. O processo constituinte do SUS foi (e continua sendo) um movimento coletivo, expressão no campo da saúde de lutas pela redemocratização da sociedade brasileira. Uma realização importante desse processo foi a inserção no texto constitucional da saúde como direito de cidadania e dever do Estado, o que realçou e deu força jurídica de relevância pública às ações e serviços de saúde.

O Sistema Único de Saúde foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e n.º 8.142/90. De acordo com dados divulgados pelo Ministério da Saúde em seu *site*, o SUS é destinado a todos os cidadãos, financiado com recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais. Sua finalidade é alterar a situação de desigualdade na assistência à população, isto é, promover a equidade no atendimento das necessidades de saúde desta com serviços de qualidade. Constitui o modelo oficial público de atenção à saúde

em todo o país, sendo um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e o único a garantir acesso universal.

A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe, entre outros assuntos, sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, estabelece, no seu artigo 1º, que o SUS, "*contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde*". Fica estabelecido, portanto, essas duas formas de participação da população na gestão do Sistema Único de Saúde, onde através de seus representantes, ela pode opinar, definir, acompanhar a execução e fiscalizar as ações de saúde nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal.

Com a participação da comunidade na gestão do SUS se estabelece uma nova relação entre Estado e a Sociedade, de forma que as decisões do Estado sobre o que fazer na saúde terão que ser negociadas com os representantes da Sociedade, uma vez que eles são quem melhor conhecem a realidade da saúde da comunidade. Por isso ela é entendida como uma das formas mais avançadas de democracia (BRASIL, 2002).

O SUS institui uma política pública de saúde que visa à integralidade do cuidado, à universalidade do acesso e a equidade da oferta, além da incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas. Apesar de inúmeros avanços e conquistas, o SUS ainda é uma reforma incompleta na saúde, encontrando-se em pleno curso de mudanças. Portanto, ainda estão em debate as formas de organização do sistema, dos serviços e do trabalho em saúde, que definem os modos de se produzir saúde e onde investir recursos, entre outros.

A Política Nacional de Humanização (PNH) surge nesse contexto de necessidade de mudanças – mudanças no modelo de atenção e de gestão no SUS. Ela é lançada pelo

governo federal em 2003, atravessando/transversalizando as diferentes ações e instâncias gestoras. Diz respeito à valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão.

De acordo com Barros e Passos (2005), a força emancipatória na base do SUS só se sustenta quando tomamos como inseparáveis o processo de produção de saúde e o processo de produção de subjetividades protagonistas e autônomas que se engajam na reprodução e/ou na invenção dos modos de cuidar e de gerir os processos de trabalho no campo da saúde. Campos (2000) também atenta para a relação entre produção de saúde e produção de sujeitos, entre gestão e subjetividade. Ele propõe que se recoloque na agenda da saúde o tema da humanização, reativando o movimento instituinte que nos anos 70 e 80 possibilitou a constituição do SUS.

Sendo assim, na medida em que a PNH aposta na inseparabilidade entre gestão e atenção, produção de saúde e produção de sujeitos e entre clínica e política, fica claro que a gestão dos processos de trabalho em saúde não pode ser entendida como tarefa administrativa separada das práticas de cuidado.

Por Humanização, estamos entendendo menos a retomada ou revalorização da imagem idealizada do Homem e mais a incitação a um processo de invenção de si e de novas práticas (BARROS; PASSOS, 2005).

Humanização em saúde não deve ser entendida como uma caça a práticas desumanas. Não é uma luta contra trabalhadores desumanos, mas contra as forças de

subjetivação privatizantes que nos constituem. Na medida em que todo processo de produção de saúde é também processo de produção de subjetividade, a Humanização diz respeito à criação de condições para o surgimento de sujeitos protagonistas, autônomos e co-responsáveis.

A Humanização tende a lembrar que necessitamos de solidariedade e apoio social. É um conceito que tem potencial para se opor à tendência cada vez mais competitiva e violenta da organização social contemporânea. É uma mudança das estruturas, da forma de trabalhar e também das pessoas. Uma lembrança permanente sobre a vulnerabilidade nossa e dos outros. Um alerta contra a violência (CAMPOS, 2000).

Segundo Deslandes (2004), a Humanização do atendimento abrange, fundamentalmente, aquelas iniciativas que apontam para a democratização das relações que envolvem o acolhimento. Está relacionada também ao maior diálogo e à melhoria da comunicação entre profissional de saúde e paciente. Referenciando-se em Maturana (1997), tal mudança é possível de ser efetuada quando se mantém coordenações por interações recorrentes de aceitação radical da alteridade.

Além disso, Deslandes (2004) ainda destaca, na questão da Humanização, o reconhecimento das expectativas de profissionais e pacientes como sujeitos do processo terapêutico. Isto tange o que Maturana (1997) diz acerca do reconhecimento do outro em sua legitimidade. Enfim, o desafio da Humanização é o desafio da alteridade. Aceitar o outro em sua diferença legítima, em sua singularidade radical: é por onde somos verdadeiramente desafiados a aceitá-lo como um legítimo outro.

Segundo Teixeira (2003), em pouco mais de uma década, a problemática do acesso aos serviços evoluiu no sentido de uma substituição progressiva das análises

centradas no tema da expansão de cobertura, pelas análises centradas em temas como o do acolhimento nas unidades prestadoras de serviços de saúde. Isso significa que o foco de tensionamento passa do problema da quantidade de portas de entrada para o problema da qualidade dos processos que acontecem ao adentrar-se por essas portas.

Porém, pudemos notar que no CAPS estudado a quantidade continua sendo sim um problema importante. E se esse tensionamento inicial se mantém, certamente prejudicará a qualidade subsequente, o processo de acolhimento. Isso porque é um problema ainda anterior ao relacionado às dificuldades em lidar com a alteridade. É uma questão de listas de espera e de falta de vagas. Muitas vezes, os trabalhadores optam por manter pessoas em tratamento no serviço, mesmo considerando que essa solução não seja a mais indicada, por não haver outro lugar para onde pudessem encaminhar. Ou seja, a resolutividade resta comprometida.

O acolhimento aparece, na Cartilha publicada pelo Ministério da Saúde em 2006, como uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política de Humanização do SUS. Ética no que se refere ao compromisso de reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida. Estética porque traz para as relações e os encontros do dia-a-dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade. E política porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros.

No Glossário HumanizaSUS (Ministério da Saúde, 2008), o acolhimento é definido como processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que

implica responsabilização da equipe pelo usuário, desde sua chegada até a sua saída. Trata-se de ouvir a queixa, considerar as preocupações e angústias, fazer uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda, e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário.

O acolhimento como ato ou efeito de acolher implica, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e “perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. Por isso, é uma tecnologia do encontro, que implica afetar e ser afetado.

Desse ponto de vista micropolítico, a arte ou técnica de conversa - o acolhimento - é uma contribuição genuína para o problema contemporâneo da democracia, concebendo-a nas relações cotidianas (TEIXEIRA, 2007). A idéia de democracia, trazida por Maturana e Verden-Zöller (2004), de que esta é uma obra de arte, uma invenção coletiva, e não um produto da razão humana contribui nesse sentido. Sendo a democracia uma maneira de viver gerada artificialmente, baseada na convivência em respeito mútuo, o acolhimento pode fazê-la avançar nos espaços micropolíticos dos serviços, tornando-a o atrator de sua prática. Não que se possa reduzir a democracia a uma técnica de conversa, mas tampouco se pode ignorar que determinadas técnicas de conversa são verdadeiros exercícios de democracia.

A experiência do acolhimento é heterogênea, como o próprio SUS e tem acúmulos positivos e negativos. Dessa forma, reconhecer o acolhimento no SUS nos permite visualizar as formas cotidianas de apropriação e re-invenção das políticas.

Interessa a esse trabalho justamente acompanhar esses movimentos no CAPS II Cais Mental Centro em Porto Alegre.

A rede de atenção à saúde mental brasileira é parte integrante do SUS e por isso compartilha seus princípios. Ela é composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais. Caracteriza-se por ser essencialmente pública, de base municipal e com um controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica.

A articulação em rede dos variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é fundamental para a constituição de um conjunto de referências capazes de acolher o usuário¹. A rede de atenção à saúde mental do SUS define-se como de base comunitária, ou seja, é formada tanto pelos serviços de saúde mental do município como por outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços nas cidades.

Somente uma organização em rede (em todas suas dimensões) e não apenas um serviço ou equipamento, é capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão de pessoas ditas loucas, secularmente estigmatizadas, em um país de acentuadas desigualdades sociais. É a articulação em rede de diversos equipamentos da cidade que pode garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais. Para a organização topológica desta rede, a noção de território é especialmente orientadora (DELGADO et al., 2007).

¹ Ao longo do texto, os termos usados para se referir aos usuários do CAPS mantém correspondência com a literatura utilizada, por isso, variam conforme a referência. Ao nos posicionarmos, utilizamos “usuário”.

Tscheidel (2006) amplia o conceito de rede, identificando sua dimensão topológica, de sociabilidade e analítico-institucional. A topologia é a descrição de um local ou de uma porção. Redes de sociabilidade são os laços que surgem da vida em sociedade, referindo-se ao que se passa “entre” as pessoas. A dimensão analítico-institucional propõe que na própria rede se produza análise. Nessa última perspectiva, segundo a autora, a rede torna-se efetivamente rede quando produz conexões, atribui diferentes e novos sentidos a esta vivência. Instalando a dimensão analítico-institucional, cabe assumir a necessidade de analisar constantemente quais os princípios que regem as propostas em rede, como os princípios de Estado através das políticas públicas, e os princípios de mercado, através da globalização.

O modelo brasileiro de atenção à saúde mental vem passando por uma transformação baseada na Reforma Psiquiátrica, tendendo à redução de um sistema predominantemente hospitalocêntrico. Essa reorientação do modelo tem possibilitado a criação de novos serviços. Estes teriam uma complexidade de funções envolvendo um caráter, não só de atendimento centrado no diagnóstico da doença, mas, sobretudo, de produzir novas intervenções sociais e novas concepções culturais de loucura (COIMBRA, 2003).

De acordo com Delgado et al. (2007), os CAPS, entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É o surgimento destes serviços que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico no país. É função do CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio

de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica.

As pessoas atendidas no CAPS são aquelas que apresentam intenso sofrimento psíquico, que lhes impossibilita de viver e realizar seus projetos de vida. São, preferencialmente, pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, ou seja, pessoas com grave comprometimento psíquico, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e também crianças e adolescentes com transtornos mentais. (BRASIL, 2004). O CAPS é o núcleo de uma nova clínica produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e protagonismo em toda trajetória do seu tratamento.

Os profissionais que trabalham nos CAPS possuem diversas formações e integram uma equipe multiprofissional. É um grupo de diferentes técnicos de nível superior e de nível médio. Os profissionais de nível superior são: enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física ou outros necessários para as atividades oferecidas nos CAPS. Os profissionais de nível médio são: técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores e artesãos. Os CAPS contam ainda com equipes de limpeza e de cozinha (BRASIL, 2004).

A equipe de atuação no CAPS deve estar voltada para facilitar a interação paciente/família/comunidade, através de atividades desenvolvidas nos serviços. Dessa forma, os CAPS são estruturas terapêuticas intermediárias entre a hospitalização integral e a vida comunitária. São responsáveis por cuidar de pessoas com transtornos psiquiátricos, egressos de internações, encaminhados de centros de saúde, de pronto

atendimento, de ambulatórios, de hospitais gerais e da comunidade em geral (COIMBRA, 2003).

Os trabalhadores devem organizar-se para acolher os usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades de reabilitação psicossocial, compartilhar do espaço de convivência do serviço e poder equacionar problemas inesperados e outras questões que porventura demandem providências imediatas, durante todo o período de funcionamento da unidade (BRASIL, 2004).

Nas cidades brasileiras os CAPS começaram a surgir por volta de 1980, e se expandiram a partir do ano de 2002, quando o Ministério da Saúde estabeleceu uma linha específica de financiamento. São diferenciados como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. Essa distinção se dá pelo porte, pela capacidade de atendimento, pela clientela atendida e organizam-se no país de acordo com o perfil populacional dos municípios.

O caso estudado neste trabalho constitui um CAPS II, que são serviços de médio porte, têm como clientela adultos com transtornos mentais severos e persistentes e transtornos decorrentes de uso de álcool e outras drogas. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para o acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês (DELGADO et al., 2007).

3 MICROPOLÍTICA DO COLETIVO

Teixeira (2001) observa que as soluções práticas que se tem encontrado para a questão do acolhimento na atenção primária tendem a concebê-la como uma atividade particularizada. Simplesmente são combinados alguns dispositivos organizacionais tradicionais dos serviços de saúde (recepção, triagem, acesso). Em muitos casos, tende a sofrer uma série de deslocamentos (acesso, porta de entrada, pronto-atendimento), que vão até o limite de esvaziar o acolhimento de significado próprio, sendo apenas um novo nome para uma “velha” atividade. Nossa pesquisa permite afirmar uma tensão entre práticas de acolhimento como triagem e práticas de acolhimento dentro das acepções da política.

No serviço estudado são freqüentes questões em torno de quem acolhe, em que lugar e em qual horário. Nesses momentos, podemos pensar que se concebe o acolhimento como triagem, que se está restringindo o conceito ao problema da recepção da “demanda espontânea”, a uma condição particular de encontro que é aquele que se dá na recepção. No entanto, observamos também que o acolhimento na porta de entrada ganha sentido quando é entendido como uma passagem para o acolhimento nos processos de produção de saúde.

Uma postura acolhedora não pressupõe hora, local ou profissional específico para ser efetivada. Ela tem a ver com abertura à diversidade cultural, racial e étnica, e com um vínculo com o sujeito e não com a doença. Também diz respeito à identificação de riscos e vulnerabilidades dos usuários, ao cardápio de ofertas do serviço e ao encaminhamento responsável e resolutivo.

Enfim, essa postura é de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário que inclua sua cultura, saberes e capacidade de avaliar riscos. Trata-se, fundamentalmente, de construção coletiva de propostas com a equipe local e com a rede de serviços e gerências centrais e distritais. Não é uma habilidade espontânea, mas configurada no coletivo, um histórico de congruências operacionais entre os operadores de saúde.

O conceito de coletivo não deve ser reduzido nem a um conjunto de indivíduos com sua heterogeneidade em conflito, nem ao pertencimento a uma cultura entendida como um conjunto de regras ou formas de sociabilidade. É a superação da dicotomia indivíduo/sociedade, é um terceiro termo, é o que opera a micropolítica. O coletivo é assim pensando por Barros e Passos (2005), como um plano que está aquém ou além das formas, portanto, aquém e além das pessoas e aquém e além das regras instituídas. Este plano é o dos movimentos sociais, plano impessoal para o qual não podemos ter uma atitude prescritiva nem determinar antecipadamente as formas nas quais os princípios do SUS se atualizarão.

Coletivo não é um agrupamento de pessoas. É uma dinâmica, é co-responsabilidade. O efeito de coletivo se dá nesse compartilhamento de responsabilidade. O que fomenta o coletivo é a criação de vínculo, que possibilita a construção do comum. Isso faz sentido na medida em que a saúde coletiva é uma prática de comunidade.

Diante disso, uma ação isolada dificilmente pode produzir saúde. Essa ação não pode ser pessoal, e sim, coletiva. Assim, é preciso despessoalizar. Não adianta mudar o indivíduo, porque enfrentar sozinho o problema leva a adoecer. Só é possível enfrentar no

coletivo, construindo um projeto comum. Por isso, a tarefa da Humanização é a médio-longo prazo, uma aposta na mudança do público, da paisagem subjetiva da cidade.

No entanto, não estamos acostumados a apostar no coletivo, no comum. Somos constituídos predominantemente na lógica do privado, do indivíduo. A privatização não deve ser entendida como não-estatal. Ela também é micropolítica. O médico que se distancia é uma privatização. Levar em conta só o funcionamento da enfermagem e não o do sistema é também privatização. É uma lógica do lugar isolado, uma lógica disciplinar que não é comum. E a criação do coletivo passa pelo enfrentamento de um problema que se tem em comum. Afinal, o sujeito que realiza uma tarefa pública é o coletivo.

O coletivo é o plano de produção da vida. Da mesma forma que o cotidiano é o plano de reprodução e de experimentação/invenção de modos de vida. No acolhimento estão presentes esses dois planos. Sendo de ordem micropolítica, ele é uma ação coletiva que se atualiza no cotidiano dos encontros que acontecem nos serviços de saúde.

Nesse sentido, os processos de produção de saúde dizem respeito a um trabalho coletivo e cooperativo – o que, na leitura de Maturana, é de acordo com nosso modo de vida primitivo, o fundamento da humanidade. Tal trabalho se dá a partir de uma rede de conversações, na qual é preciso lidar com as assimetrias de saber e de poder, com as diferenças em relação aos domínios cognitivos e das realidades emergentes. Assim, favorece-se o questionamento, a reflexão sobre querer as conseqüências das ações ou não, a prática de co-responsabilidade das pessoas implicadas. A pergunta de Maturana (1998), “mudamos para conservar o quê?” permite pensar o acolhimento com uma mudança que visa conservar a potência do coletivo. Trata-se de incentivar a construção de redes de autonomia e compartilhamento, em que a experimentação advinda da complexidade dos

encontros possibilita a reinvenção de si e do outro. Dessa forma, demonstra-se a indissociabilidade entre produção de saúde e produção de subjetividade.

3.1 Dispositivo e Diretriz

O acolhimento pode ser abordado tanto como dispositivo como quanto diretriz. Como dispositivo, ele é um arranjo concreto, que, ao qualificar as complexas relações entre profissionais e usuários, é potente para fazer de cada encontro um cuidado em ato. Entendemos dispositivo como aquilo que faz funcionar uma macropolítica, como uma tecnologia da ação. Nesse sentido é que pensamos o acolhimento como dispositivo, ou seja, como uma micropolítica que faz operar macropolíticas. E tomamos também a conversa como um dispositivo, dispositivo de ação que faz funcionar o acolhimento.

Já como diretriz, trata-se de uma produção coletiva e ao mesmo tempo uma produção do coletivo. A diretriz do acolhimento possui um importante aspecto ético, designando um *ethos*, uma atitude. Então, o acolhimento como diretriz se atualiza em dispositivos, mas estes só serão efetivos se encarnarem um certo *ethos* - anunciado na obra de Maturana (1997) como o reconhecimento do outro como legítimo outro.

A questão ética é uma constante para os autores que utilizamos aqui para pensar o acolhimento. Pasche (2008) o define como atitude de abertura à recepção de necessidades de saúde que se expressam na forma de demandas para os serviços e profissionais da saúde. Para o autor, acolher implica na construção de respostas satisfatórias às necessidades independente da lógica da organização dos serviços, que devem ter o acolhimento como diretriz norteadora de sua forma de funcionamento. Além

disso, sendo uma diretriz ética é inegociável e, por isto, uma direção fundamental para a construção de redes de atenção, redes de cuidado. Para Merhy (2002), o acolhimento opera nos espaços intersessores, pois tem um grande poder de gerar ruídos por expor mais claramente a razão ético-política, e não só instrumental que opera no seu interior. Teixeira (2003) fala do acolhimento como uma técnica de conversa fundada em certas disposições ético-cognitivas.

Ainda como dispositivo, entendemos o acolhimento como uma espécie de “mola-mestra” da lógica tecnoassistencial, indispensável para o bom desempenho de um serviço de saúde. Essa perspectiva será abordada, inspirando-se em Ricardo Teixeira (2003), que toma a conversa alargando sua função essencialmente “comunicacional”, para entendê-la como principal operador das atividades de um serviço de saúde.

Assim, o acolhimento é uma técnica que articula população, equipe e outros serviços da rede - e poderíamos já incluir também o pesquisador. O autor define a dimensão pragmática do encontro, as ações possíveis e as significações. Seguindo o pensamento de Maturana (1997), é um espaço conversacional no qual são determinados os domínios de ação (as emoções) possíveis, assim como as demandas que passam despercebidas a olhos e ouvidos “embrutecidos”. Além disso, é um acoplamento co-ontogênico dado a partir de interações plásticas entre usuário e profissional, onde se coordenam as ações formando um domínio de trajetórias de estado entrelaçado.

É igualmente importante mencionar a possibilidade de que o acolhimento venha a se constituir em um potente dispositivo disparador da mudança das práticas em saúde. Como etapa do processo de trabalho em saúde responsável pela porta de entrada do

usuário no serviço, o acolhimento também pode “evidenciar as dinâmicas e os critérios de acessibilidades a que os usuários estão submetidos, nas suas relações com que os modelos de atenção constituem como campos de necessidades em saúde” (FRANCO et al., 1999). Esta leitura evidencia ruídos no cotidiano que podem abrir, potencialmente, novas linhas de possibilidade sobre o fazer saúde que induzem à modificação e atualização do cotidiano das práticas em saúde, tendo como norte a defesa da vida, individual e coletiva.

O acolhimento/dispositivo de gestão possibilita que pensemos a micropolítica do processo de trabalho e as suas implicações no desenho de determinado modelo de atenção, permitindo refletir sobre as características do encontro trabalhador/usuário desvelando, no processo, o caráter mais ou menos público do agir em saúde e tendo como referência uma ótica centrada no usuário (MERHY, 1997).

Como diretriz, o acolhimento pode ser inscrito como uma tecnologia do encontro, um regime de afetabilidade construído a cada ato e mediante os encontros. Portanto, como construção de redes de conversação afirmadoras de relações de potência nos processos de produção de saúde (BRASIL, 2006).

4 ENTRADA NO CAPS

O CAPS II Cais Mental Centro existe há 12 anos, e é considerado um serviço de referência em saúde mental em Porto Alegre. Vinculado à prefeitura da cidade e credenciado ao Ministério da Saúde, atende todo grande centro, recebendo encaminhamentos da rede. De acordo com o relato dos profissionais, mesmo após ser normatizado como CAPS, manteve sua antiga denominação de Cais Mental: que designa lugar de passagem. Assim, identificaremos o serviço como Cais Mental.

O presente estudo visa mapear como o acolhimento é efetivado pelos trabalhadores desse serviço. A idéia é acompanhar as práticas de acolhimento que se atualizam no cotidiano do trabalho, em uma dimensão micropolítica. Assim, não objetivamos discutir modelos de acolhimento, mas acompanhar como o acolhimento se desdobra na prática, mapeando suas vicissitudes e potencialidades. Pensamos que o estudo neste campo se justifica pelo fato de que é nas micropolíticas que se atualizam as relações entre os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica, ou seja, a micropolítica é o campo de possibilidades das macro-políticas.

Os participantes da equipe relatam que doze anos atrás, no Cais Mental 8, já se pensava o acolhimento como um processo mais complexo que uma triagem. Desde essa época, discutiam-se as modalidades através das quais as pessoas ingressavam no serviço, evidenciando que o momento de chegada tinha efeito na continuidade do trabalho. Hoje existe uma equipe de acolhimento (que não abrange todos os trabalhadores do serviço, que totalizam 25 pessoas), composta por quatro técnicos - dois terapeutas ocupacionais, uma educadora física e uma psicóloga.

O acolhimento nesse serviço acontece em diversas modalidades. Uma delas é a dimensão de porta aberta², que consiste na possibilidade de atender a quem chega querendo apenas se informar sobre o funcionamento do CAPS, ter suas dúvidas atendidas. Esse serviço é feito não necessariamente por um membro da equipe de acolhimento, mas por qualquer trabalhador que estiver disponível. Há o grupo de acolhimento, que acontece duas vezes por semana, onde são agendados de três a quatro pessoas com as quais se realiza uma escuta inicial. Participam desse momento normalmente um ou dois técnicos da equipe de acolhimento. Identificando-se a necessidade de uma outra conversa, em função de dificuldade de se expor em grupo ou algum outro complicador, o acolhimento segue individualmente. É agendado outro horário na mesma semana e a pessoa volta para conversar com um dos membros da equipe de acolhimento, que pode não ser o mesmo trabalhador que estava no grupo. A função do grupo é agilizar uma resposta às demandas dos usuários, que podem ingressar imediatamente no Cais Mental ou serem orientados para procurar outro tipo de serviço. Essa procura, muitas vezes, é acompanhada de perto pelos trabalhadores do serviço e, outras vezes, eles restringem-se a indicação de outro local.

Assim como o ingresso, o processo de alta é também considerado uma outra modalidade de acolhimento, visto que este se dá desde a chegada até a saída do sujeito do serviço. Uma quarta modalidade de acolhimento é a busca ativa. Iniciada em janeiro de 2008, o serviço recebe os boletins de altas de pacientes que estavam internados, confere-os com a relação de pessoas que acessaram o serviço. As que não vieram para o grupo de acolhimento são buscadas via telefone. A equipe entende tal modalidade como um

² Essa atividade não se confunde com a proposta de portas-abertas da rede de atenção básica à saúde.

desafio, embora tenha conseguido efetuar alguns resgates de usuários da rede de atenção à saúde mental com sucesso.

A equipe de acolhimento reúne-se semanalmente para montar o plano terapêutico dos usuários, discutir os acolhimentos realizados, os encaminhamentos, as dúvidas, os sucessos, os impasses - o que fazer com determinado sujeito que chega ao serviço e não se enquadra no *script*, que outros serviços da rede acionar. Enfim, é um espaço em que a equipe pensa coletivamente sua prática, o acolhimento que estão realizando.

Na Revista do Cais Mental Centro, publicada em novembro de 2006 pela equipe, o acolhimento aparece vinculado à idéia de uma avaliação interdisciplinar, onde se traça o plano terapêutico de acordo com o momento e situação específica de cada usuário. O serviço define o plano terapêutico como o vértice do trabalho, tendo no horizonte a ampliação da circulação social de cada usuário em um coletivo.

Os dispositivos terapêuticos que o CAPS estudado oferece, de acordo com a Revista, são o plano terapêutico, acolhimento, CAD 1 (Centro de Atenção Diária, regime intensivo), CAD 2 (regime semi-intensivo), ambulatório especializado interdisciplinar, reabilitação psicossocial, clínica da/na rua, acompanhamento terapêutico, oficinas terapêuticas e de expressão, oficinas do CAD, oficinas temáticas, atividades de convívio, assembléia dos usuários, assembléia de usuários e familiares, cinema em debate, grupo de HipHop, esporte, lazer e trabalho através de parcerias com entidades e, por fim, atividades de formação. Estas dizem respeito à constituição do Cais Mental como campo de estudo para graduações e pós-graduações.

Como mencionado acima, são quatro os trabalhadores que fazem parte da chamada equipe de acolhimento do serviço. Então, “título” de acolhedores são esses

quatro que possuem. Porém, as diversas modalidades de acolhimento citadas envolvem um maior número de trabalhadores. Assim, constatamos que o acolhimento ocupa um lugar de ambivalência.

Há uma equipe reduzida, mas nomeiam-se várias atividades que abarcam uma equipe maior. Já na Revista, ele é tido como um entre outros dispositivos, sendo reduzido novamente. Ou seja, há uma oscilação – redução e ampliação da forma como se entende o acolhimento no serviço.

5 GUIAS TEÓRICOS

5.1 Autopoiese e Determinismo Estrutural

Humberto Maturana e Francisco Varela falam sobre as bases biológicas de operação do vivo através das noções de autopoiese e de acoplamento estrutural. *Poiesis* é um termo grego que significa produção. Autopoiese quer dizer autoprodução. A palavra surgiu pela primeira vez na literatura internacional em 1974, num artigo publicado por Varela, Maturana e Uribe, para definir os seres vivos como sistemas que produzem continuamente a si mesmos. Por sua vez, acoplamento estrutural é uma relação que não é mediada pela representação, não põe em relação um sujeito e um objeto tomados como formas separadas. Há uma história de acoplamentos que constitui o sistema cognitivo, mas este guarda uma abertura para o presente. Assim, duas ou mais unidades autopoieticas podem ter suas ontogenias acopladas quando suas interações adquirem caráter recorrente, o resultado será uma história de mudanças estruturais mútuas (MATURANA, 1997).

Quando um sistema está em acoplamento com outro, em um dado momento dessa inter-relação a conduta efetiva de um é sempre potencial de perturbações por parte do outro. Trata-se, pois, de eventos interacionais e recorrentes. Sempre que um sistema perturba outro, este passa por uma mudança de estrutura, por uma deformação. Ao replicar, o influenciado dá ao primeiro uma interpretação de como percebeu essa deformação. Estabelece-se, portanto, um diálogo. Por outras palavras, forma-se um regime que apresenta congruências operacionais. Esse interagir é um domínio lingüístico.

Ao mesmo tempo, cada sistema vivo é determinado a partir de sua estrutura. Na medida em que um sistema que se autoproduz é definido como uma unidade por sua autopoiese, a única restrição constitutiva que ele deve satisfazer é que todas as suas trajetórias de estado levem a essa autopoiese. Caso contrário, ele se desintegra.

Então, o vivo, para Maturana e Varela (2005), é um sistema aberto às interações com o meio, embora operacionalmente fechado de forma a manter a coerência do sistema. Isso é assim desde a célula até as sociedades, uma vez que ambas organizações podem ser pensadas como autopoieticas, conforme as noções de acoplamentos de primeira e terceira ordens (MATURANA;VARELA, 2005). Se o viver é autopoietico, a cognição tem potencial inventivo. Invenção cujos resultados, cujos termos, são a própria estrutura da cognição e o mundo conhecido (KASTRUP, 2007). Ou, no caso estudado, a estrutura do serviço de saúde e as respostas às necessidades dos usuários conhecidas.

Fundamental para o entendimento da autopoiese é o princípio da organização existente na relação entre os caracteres, que permite o entendimento de domínios mais amplos, como a relação entre órgãos e, conforme o termo de “acoplamentos estruturais de terceira ordem” adotado por Varela em toda sua obra, amplia-se para o domínio mais abrangente dos fenômenos sociais (BOUYER, 2006). Portanto, neste trabalho nos utilizamos também do conceito de autopoiese para entender as relações que se dão no serviço de saúde mental estudado.

Além disso, os biólogos chilenos falam dos sistemas vivos como sistemas cognitivos, entendendo a cognição como intimamente imbricada com os processos vivos, questionando o sentido representacional da mesma. A teoria da autopoiese faz da cognição a atividade de engendramento de si e do mundo, a ação por excelência do vivo,

o que revela o caráter indissociável entre viver, fazer e conhecer (Passos, 1995). Pensamos, com Maturana, que existe uma equivalência operativa entre a cognição e as formas instituintes da coletividade: essa equivalência sendo o que permite e produz uma congruência operacional entre termos diferentes e mutantes. Assim, toda instituição tem uma dimensão cognitiva que produz conhecimentos, assim como os reproduz hierarquizando-os através das relações de poder. Ao ordenar, classificar, funcionar como um sistema cognitivo, a instituição organiza uma memória e uma atenção (Lévy, 1993). Obviamente, não é como se fosse um sujeito - já que é uma equivalência operativa e não substantiva -, mas há algumas correspondências que causam mútua afetação. A congruência operacional se configura no plano de imanência produtor de interfaces entre organismos, humanos, comunidades e instituições. Trata-se de uma correspondência operativa entre a organização autopoietica e outros modos de organização que mantêm uma clausura operacional e uma relação com o meio, que configura uma dada ecologia cognitiva.

Segundo Maturana e Varela (2005), a estrutura de um sistema é a maneira como seus componentes interconectados interagem sem que mude a organização. A organização é a determinante de definição e a estrutura a determinante operacional. A primeira identifica o sistema, diz como ele está configurado. A segunda mostra como as partes interagem para que ele funcione. O momento em que um sistema se desorganiza é o limite de sua tolerância às mudanças estruturais.

Através do conceito de determinismo estrutural, Maturana e Varela (2005) postulam que o que acontece a um sistema em um determinado instante depende da sua estrutura nesse instante. Mas o fato de os sistemas vivos estarem submetidos ao

determinismo estrutural não significa que eles sejam previsíveis. Em outras palavras, eles são determinados estruturalmente, mas isso não quer dizer que possamos saber o que lhes acontecerá no passo seguinte, mesmo conhecendo sua organização e sua estrutura atual. Com efeito, se sua estrutura muda sempre e em congruência com as modificações advindas dos acoplamentos, não é possível falar em predeterminação e sim em circularidade, em deriva.

Assim como em um sistema vivo, a organização do CAPS busca ser conservada, pois é o que o define como tal. Mas sua estrutura, e, conseqüentemente, seu modo de acolher os usuários, pode variar, uma vez perturbada por diferentes instâncias de acoplamento. Nessa perspectiva é que Varela afirma que toda transformação do sistema autopoietico só tem sentido quando este guarda sua integridade como sistema vivo. Trata-se, de todo modo, de uma “organização minimal” (KASTRUP, 2007), que no caso do CAPS é a manutenção dos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica atualizados. Podemos dizer que é isso o que torna o serviço de saúde mental vivo.

É a estrutura, na forma de um termo concreto, que entra em relação com seus termos heterogêneos acoplados (políticas públicas, movimentos de usuários, redes de serviços, organizações) e é também nesse nível que se tornam visíveis os fenômenos de autoprodução, autopoiese, que respondem pela desaceleração das perturbações sofridas pelo termo e que propicia que conserve determinados vetores que o definem. Ou seja, a estruturação do CAPS possibilita espaços micropolíticos de reinvenção de si mesmo e dos termos acoplados conservando alguns de seus princípios macropolíticos. Assim, um sistema autopoietico deve estar em constante processo de produção de si, transformando-se permanentemente, mas o movimento criador não pode destruir a unidade, ou seja, uma

adaptação minimal é também condição de sua continuidade como ser autoprodutivo. (KASTRUP, 2007).

5.2 Abordagem Enativa da Cognição

Todas as práticas sociais, dentre elas as do campo da saúde, podem produzir uma infinidade de matizes entre o controle sobre a vida e a produção de novas formas de estabelecer o cuidado. Seria necessário, então, segundo autores da Saúde Coletiva, lançar mão de estratégias políticas e terapêuticas que favoreçam a invenção de novos modos de cuidar (CAMPOS, 2000).

Segundo Merhy (2002), o trabalho em saúde é um terreno vivo, no qual predominam tecnologias intercessoras relacionais, no lugar dos saberes e equipamentos estruturados. Por deparar-se freqüentemente com o imprevisível, o trabalho vivo em saúde torna-se terreno estratégico para a invenção de novos modos de se produzir saúde e para a construção de outros modos de relação de cuidado. Assim, no terreno da micropolítica do acolhimento, é possível atualizar/re-inventar as potências de problematização das macropolíticas Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica Brasileira (que são o que se deseja conservar). Nesse sentido, parece ser possível manter vivo o processo coletivo da reinvenção do SUS.

Com o objetivo de reconciliar a cognição com o concreto que, já no momento em que desenvolve um trabalho de pesquisa separado de Maturana, Varela propõe a noção de “enação” Esta remete a uma cognição corporificada, encarnada, distinta da cognição entendida como processo mental e abstração. É tributária da ação, resultante de

experiências que não se inscrevem mentalmente, mas no corpo. A enação é um tipo de ação guiada por processos sensoriais locais. Entendida como corporificação, a estrutura cognitiva surge da recorrência dessas conexões sensório-motoras. A corporificação do conhecimento inclui, portanto, acoplamentos sociais, inclusive lingüísticos, o que significa que o corpo não é apenas uma entidade biológica, mas é capaz de se inscrever e marcar-se histórica e culturalmente. (KASTRUP, 2007).

Na abordagem enativa da cognição, a percepção surge de ações perceptivelmente orientadas, instaurando-se uma co-dependência entre corpo e objeto percebido. Nesse sentido, a realidade não é projetada como algo dado: ela é dependente do sujeito da percepção, não porque ele a constrói por um capricho, mas porque o que se considera um mundo relevante é inseparável da estrutura do percipiente (VARELA, 2003). Logo, a percepção das necessidades do usuário é determinada pela estrutura do serviço de saúde e co-engendra o próprio usuário. O ponto de referência para a compreensão da percepção não é mais um mundo preestabelecido, independentemente do sujeito da percepção, mas sim a estrutura sensório-motora do agente cognitivo, ou seja, a maneira pela qual a equipe de trabalhadores conecta o que percebe com a atitude que toma.

A cognição, como ação enativa, é a história do acoplamento estrutural que atua (faz emergir) um mundo. Ela funciona através de uma rede de elementos interconectados capazes de mudanças estruturais durante uma história ininterrupta. Dessa forma, a cognição é precisamente sua capacidade para explicar a significação e a regulação. A informação não deve aparecer como uma ordem intrínseca, mas como uma ordem emergente das atividades cognitivas.

O melhor desempenho do acolhimento pelos profissionais da saúde não é assegurado pelo domínio de alguma técnica instituída. De acordo com Kastrup (2007), a *performance* não é repetição mecânica, ela implica num agenciamento com fluxos, aprendizagem sempre envolve devires paralelos. Portanto, é preciso destreza no trato com o que surge de novo como demanda de saúde mental, capacidade de problematizar. Isso requer sensibilidade às variações - de ordem material ou relacional: dos recursos, da rede de serviços, de apoio dos profissionais, do engajamento do paciente e seus familiares, etc.

Kastrup (2007), ao explicar o conceito de enação de Francisco Varela, menciona que ele tem o *sentido de invenção de mundo* (p. 167). Por isso, tomamos aqui enação e invenção como conceitos congruentes.

Para abordar o processo de invenção, pensamos ser necessário explorar a idéia de cognição inventiva e cognição recognitiva. A cognição pode ser concebida e vivida através de modos de representações estabilizados em estruturas mentais. Nessa concepção e nessa experiência pode ser entendida como uma cognição recognitiva (KASTRUP, 2007). No trabalho em saúde, um exemplo de atividade recognitiva acontece quando se busca resolver os problemas que surgem a partir da aplicação dos esquemas prévios de funcionamento do serviço. Porém, quando as estruturas prévias não dão conta do problema é necessário uma operatividade criativa por alargamento ou complexificação da estrutura anterior. Mas, apesar dessa ação criativa que visa resolver o problema de modos um tanto diferenciado, não há necessidade de transformar a estrutura anterior e nem questionar o próprio problema.

Pensamos com Kastrup (2007) que a cognição é invenção quando é capaz de inverter a proposição do problema como um problema, transformando a estrutura

anterior. Isso se dá no trabalho em saúde nos momentos em que se problematiza, em que há uma atitude de abertura que acolhe o inesperado do cotidiano do serviço, desmontando o problema.

Nos processos de trabalho em saúde surgem, a todo momento, situações novas e “ventos imprevisíveis” não definidos pelas prescrições da organização do trabalho. Para dar conta dessas situações, os trabalhadores são convocados a criar, a improvisar ações (BRASIL, 2008).

Entendemos que nos modos de acolhimento, há tanto invenção como reconhecimento, sendo ambos movimentos cognitivos vividos pela equipe do CAPS. Ao mesmo tempo em que se realizam bifurcações ao longo do trajeto, vão se agregando regras que trabalham no sentido de reconhecimento. Mas estas tendem a ser temporárias, posto que continuam sujeitas a transformações e novas bifurcações (KASTRUP, 2007).

Um CAPS tem suas regras de funcionamento, atividades estruturadas, metas a cumprir. Há todo um esquema, um mapa operacional que define o serviço como tal. Nesse sentido, não se pode menosprezar a importância do aspecto representacional, reconitivo (no sentido dado por Kastrup), do trabalho em saúde - no caso, saúde mental. A estrutura do serviço precisa manter a organização do que se reconhece como um CAPS, ou seja, deve manter em operação os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

A partir da organização que define o CAPS, os profissionais apresentam uma *prontidão-para-ação* (VARELA, 2003) adequada para cada situação específica que chega como demanda de saúde mental. Porém, assim como um sistema cognitivo, o

funcionamento estruturado do serviço sofre micro colapsos constantemente. Prova disso são as freqüentes mudanças no formato do grupo de acolhimento no momento de chegada do usuário. Há momentos em que a equipe está re-pensando, re-inventando esse momento, a partir da discussão do seu próprio afazer no momento da reunião, e isso a torna “viva”. De fato, um sistema vivo encontra seu curso no momento seguinte, agindo a partir de seus próprios recursos. E são os colapsos que constituem a origem do lado autônomo e criativo da cognição.

Concebendo essa inventividade intrínseca à cognição, Maturana e Varela (2005) tomam-na, então, de uma maneira ampliada, ou seja, não restringem a cognição à inteligência e à solução de problemas. Dessa forma, não perdem a possibilidade de entender como ela pode operar de maneira inquieta, ou seja, inquietada por algo que a força a inventar e a se re-inventar. A cognição ampliada comporta tanto as rachaduras nos esquemas recognitivos como o coletivo, que amplifica ainda mais seu poder inventivo.

No grupo de acolhimento trabalhadores do CAPS escutam as pessoas e lhes dão algum encaminhamento (entrada em CAD no CAPS, entrevistas individuais para avaliação, indicação de outro serviço, entre outros). Nesse momento que é porta de entrada do serviço, alguma resposta deve ser dada ao sujeito que o procurou. Nesse instante algo pode ser criado, no encontro com o usuário e sua demanda, se o que chega foge aos esquemas prévios do serviço, perturbando a prontidão da equipe.

Outro momento que acontece semanalmente é quando a equipe de acolhimento se reúne para discutir os casos e os encaminhamentos lhes endereçados. Sentidos são negociados, pensa-se sobre o que foi visto e ouvido. Discutem-se os impasses, as dúvidas, as propostas, organizando as práticas em torno do acolhimento. Através dessas

discussões, o acolhimento pode ser configurado e reconfigurado, ao invés de ser aplicado como se fosse um modelo pronto. São os problemas colocados pelos membros da equipe que permitem que o coletivo atualize ações de acolhimento.

O intuito da reunião é de se constituir em um momento de busca, de produção de formas cognitivas, que é indissociável da produção de mundos e de planos coletivos de sentido. Ela nem sempre funciona a partir de um fundamento ou direção previsível, mas pode ter sua formação desencadeada por uma perturbação (KASTRUP, 2007) ocorrida no momento do acolhimento dos usuários.

Kastrup (2007) comenta que para que as perturbações provoquem rachaduras nos esquemas recognitivos, ou seja, problematizações sucessivas, é preciso o esforço de uma experimentação permanente, que não se deixa capturar pelo automatismo da repetição mecânica. Há que haver uma produção de subjetividade, a conquista de uma política da invenção. E, a chave de uma política inventiva é a manutenção de uma tensão permanente entre ação e problematização. É inventar problemas e produzir soluções, sem abandonar a experimentação. Isso, como apresentamos acima, só se consegue no coletivo, pois é ele que opera a micropolítica.

A autora acrescenta que não podemos esperar que grandes rupturas nos cheguem prontas, precisamos operar pequenas mudanças, nos limites de nossa prática. Essa idéia corrobora a importância dos mínimos processos cotidianos em um serviço de saúde mental.

5.3 Redes de Conversação

Baseados na Biologia do Conhecer (MATURANA, 1997, 1998, 2000) utilizamos o conceito de rede de conversação como conceito operativo tanto para intervir como para pensar a reunião da equipe que foi acompanhada semanalmente, e também para discutir a relação estabelecida entre o CAPS e outros serviços. Para que essa relação aconteça de forma satisfatória, muitas vezes, a invenção, como viemos apresentando, precisa entrar em ação. Tal enfoque mostra-se interessante uma vez que o acolhimento, de acordo com o Ministério da Saúde na cartilha do HumanizaSUS de 2008, envolve garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços e também das redes externas, com outros serviços de saúde. A configuração dessa rede externa também precisa ser re-inventada constantemente, em uma negociação permanente, de acordo com a singularidade da demanda de cada sujeito que procura o serviço e de acordo com as inúmeras dificuldades encontradas na própria rede.

Redes, em seu sentido amplo, são efeitos de movimentos para a produção de conversações que sustentem o exercício de legitimidade do viver de todos, bem como a responsabilização ética e coletiva dos resultados das escolhas feitas. A idéia não é atingir um resultado universalista, mas apoiar uma processualidade, uma atitude amplificadora, uma ação de permanente abertura à diferença (MARASCHIN, 2005).

De acordo com Maturana (1997), aquilo que definimos como instituições sociais resultariam da recorrência da conversa em uma rede de conversações, em um entrelaçamento entre o emocional e o linguajar. Compreender o acolhimento como rede de conversação que opera no acoplamento usuário-equipe, bem como no acoplamento

CAPS-outros serviços talvez seja um modo interessante de pensar essa questão. O acolhimento como uma rede de conversação capaz de operar diferentes domínios de ação, no emocionar da aceitação da legitimidade do sujeito em sofrimento mental. Como um exercício capaz de promover o enriquecimento da experiência, pela possibilidade de escuta, expressão e ação.

Teixeira (2003) entende o trabalho em saúde como tendo uma natureza eminentemente “conversacional”. Dessa perspectiva, passa a conceber as redes de trabalho em saúde como grandes redes de conversações. O autor entende o acolhimento como um dispositivo que faz com que as diferentes atividades (diferentes conversas) não apenas se articulem em rede, mas se constituam em um autêntico espaço coletivo de conversações.

Para Maturana (1997), o conversar é o que nos distingue dos outros animais, o que nos constitui como humanos. Em latim, *cum* significa “com” e *versare* quer dizer “dar voltas com” o outro. A partir disso, Maturana pergunta o que ocorre no “dar voltas juntos” dos que conversam, o que acontece aí com as emoções, a linguagem e a razão (MATURANA, 1997). O autor chama de conversar o fluir entrelaçado de linguajar e emocionar; e chama de conversação o fluir, no conversar, em uma rede particular de linguajar e emocionar. No conversar podemos derivar em um espaço de convivência a partir do qual nosso espaço conversacional pode mudar.

Seguindo o pensamento do autor, cada sistema de convivência em que estamos inseridos (sistemas sociais, de trabalho, hierárquicos, etc.) se constitui como uma rede particular de conversações que configura um modo particular de emocionar. Por participarmos de muitos domínios de interações simultaneamente, redes de conversações

diferentes podem se entrecruzar, interferindo na recorrência e no entrelaçamento das conversações e acabando por modificar as estruturas envolvidas.

Como conversação (conversa-ação), o acolhimento define a dimensão pragmática do encontro, as ações possíveis e as significações. Seguindo o pensamento de Maturana, é um espaço conversacional no qual são determinados os domínios de ação (as emoções) possíveis, assim como as demandas que passam despercebidas a olhos e ouvidos “embrutecidos”. Além disso, é um acoplamento co-ontogênico dado a partir de interações plásticas entre usuário e profissional, onde se coordenam as ações formando um domínio de trajetórias de estado entrelaçado.

Bastante interessante é a equiparação que Teixeira (2001) faz entre os processos do sistema nervoso de um organismo e de um sistema de módulos de atenção à saúde interligados. Na sinapse se decide o essencial da plasticidade do sistema de fluxos que é o sistema nervoso. Na rede de atenção à saúde a plasticidade favorece a diversidade de singularizações possíveis. A maior possibilidade de diferentes usuários realizarem diferentes combinatórias de atenção oferece uma margem maior de adaptabilidade a estruturas de necessidades bastante diversas. Conseqüentemente, uma maior possibilidade de se diversificarem as modalidades de acoplamento estrutural ao sistema (MATURANA; VARELA, 2005).

Processam-se mudanças na “sensibilidade” de numa organização de atenção à saúde que passe por uma tal evolução estrutural. Surgem novas potencialidades perceptivas. A Biologia referida neste trabalho revela que a percepção é inteiramente dependente da estrutura do organismo que percebe. No caso dos serviços de saúde

pública, isso significa novas possibilidades de expressões de demandas - novas formas de escutar, novas maneiras de interagir.

5.4 Diretriz Ética

Conforme Pasche (2008), o acolhimento é uma diretriz ética da Política Nacional de Humanização do SUS, sendo uma direção fundamental para a construção de redes de atenção e cuidado.

Na cartilha do Ministério da Saúde o acolhimento é apresentado como atitude ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro em suas diferenças. Nesse documento, tal ética está contraposta aos processos de “anestesiamento” de nossa escuta, de produção de indiferença diante dos diversos modos de viver, sentir e estar na vida. Proceder com essa indiferença nos mergulha no isolamento, entorpece nossa sensibilidade e enfraquece os laços coletivos mediante os quais se nutrem as forças de invenção e de resistência que nos constituem como seres humanos. Pois a vida não é o que se passa apenas em cada um dos sujeitos, mas principalmente o que se passa entre os sujeitos, nos vínculos que eles constroem e que constroem a eles como potência de afetar e ser afetados. (BRASIL, 2008).

Para pensar essa dimensão ética do acolhimento, dispomos, entre outros, da visão de Varela sobre o tema, para quem as noções de circularidade e autoprodução desdobram-se para o campo da ética. O autor (1995) insiste na importância da abertura para o presente, para a imediatidade, como aspecto essencial para o entendimento da competência ética. A abertura para o presente, deve ser tomada como abertura para a

colocação do problema como problema, como algo que não está solucionado mas que exige solução. A ação competente é aberta para a problematização. A abertura para a imediatidade se faz com base numa história de acoplamentos, num conhecimento corporificado. Nesse sentido, o conhecimento das necessidades do usuário do CAPS é contemporâneo ao ato de tomá-las, é efeito imediato. E é na tensão entre passado e presente, entre história e invenção, que o problema deve ser entendido.

Como vimos anteriormente, diferentes emoções especificam diferentes domínios de ação, diferentes redes de conversação, diferentes instituições, diferentes mundos. Uma implicação ética imediata dessa compreensão se refere à responsabilização de nossas escolhas e da direção do conversar (MARASCHIN, 2005).

Já mencionamos que o acolhimento, como política, é fundado em uma diretriz ética, o que vai ao encontro do que Maturana (1997) coloca sobre este tema, ou seja, trata-se do reconhecimento do outro como um legítimo outro, da presença do que ele chama de “amor” nas relações. Envolve também uma disposição cognitiva, que se relaciona com o reconhecimento que não significa uma homogeneização dos sentidos fazendo desaparecer as divergências, mas de fazer emergir o sentido no ponto de convergência das diversidades. Inspirando-se em Maturana (1997), buscar coordenar as coordenações de conduta a partir da compreensão de que as pessoas vivem domínios cognitivos diferentes – e, conseqüentemente, vivem em domínios de realidade diferentes.

Conforme o mesmo autor, é no envolvimento recursivo entre o linguajar, o emocionar e o fazer-se a si mesmo e ao mundo, que os seres humanos vivem suas vidas na recursividade contínua entre a consciência e o vir-a-ser. Assim, não é indiferente atentar ou não para o que se faz nas relações interpessoais. Não é indiferente para a

dinâmica corporal porque os cursos que as vidas seguem são contingentes com essa atenção – ou falta dela – para as ações.

De acordo ainda com o mesmo autor, os problemas sociais e emocionais estão relacionados com o mundo que criamos na convivência. Por isso, suas soluções pertencem ao domínio da ética, isto é, ao domínio da seriedade na ação frente a cada circunstância que parte da aceitação da legitimidade de todo ser humano em suas semelhanças e diferenças. Se esta diretriz ética estiver presente na micropolítica do acolhimento em saúde mental, ela vai estar, ao mesmo tempo, atualizando as macropolíticas da Política Nacional de Humanização e da Reforma Sanitária apresentadas anteriormente.

Devido ao entrecruzamento de conversações na corporalidade humana postulado por Maturana (1997), a atitude de acolher eticamente pode se estender aos diversos sistemas sociais dos quais se participa. As mudanças nos sistemas de convivência ocorrem, em uma acepção micropolítica, através de mudanças na rede de conversações das quais se participa. Ou seja, as mudanças na macropolíticas também são operadas localmente.

O conceito de hospitalidade vem ao encontro dessas reflexões sobre a diretriz ética no processo de acolhimento. De acordo com Kastrup (2005), as práticas de hospitalidade são práticas de encontro e acolhimento de diferença, de alteridade. Para a autora, a economia das práticas de hospitalidade não é a do interesse e da contrapartida, mas sim das trocas, dos agenciamentos, e também da oferta e do dom. Não se trata de admitir o outro em sua alteridade, em sua diferença, por tolerância ou concessão. Mas antes, de oferecer hospitalidade, o que implica em reciprocidade. Oferecer práticas de

encontro e transversalização das diferenças é, ao mesmo tempo, oferecer-se a tais práticas.

Oferecer hospitalidade, receber o outro em sua alteridade, acolhê-lo, é também se oferecer às práticas de hospitalidade, experimentando uma distância em relação a si mesmo. Deslocar-se da posição individualista que nos faz ver o mundo e os outros a partir de nós mesmos. Tais práticas exigem uma mudança de perspectiva, de atitude, uma espécie de conversão a um ponto de vista que nos faz ver através da alteridade (KASTRUP, 2007). A hospitalidade envolve uma posição ética, pois atualiza o acolhimento da própria alteridade que nos habita e constitui.

De acordo com Kastrup (2002), seria uma ética de saída de si, em que o saber revela-se sempre limitado, e o profissional da saúde é forçado a se encontrar com aquilo que se furta à reconhecimento e que ultrapassa a história de suas intervenções. A ética do processo de acolhimento deve ser um fazer implicado.

No plano terapêutico, esse exercício ético implica um posicionamento dos trabalhadores da saúde em termos da integralidade. Ter em foco o sujeito e suas necessidades, e não somente a doença, o sofrimento. Isso inclui, em última análise, todo contexto social, político, ambiental. Inclui a nós mesmos. Enfim, não há como escapar ao processo que constitui a relação terapêutica. Não podemos nos furtar dos efeitos desse encontro com o outro, que será sempre perturbador, pois pede uma reorganização e uma implicação pessoal (BORTOLUZZI, 2006).

Excluir pessoas como estrangeiras porque não somos mais capazes de conceber o Outro indica uma patologia social (...). Patologia da política: o esvaziamento e a decadência da arte do diálogo e da negociação, e a substituição do engajamento e mútuo comprometimento pelas técnicas do desvio e da evasão. (BAUMAN, 2001, p. 127)

6 CAMINHOS/ MÉTODO DE PESQUISA

De acordo com Maraschin (2004), a inovação da pesquisa não é a presença das ferramentas metodológicas em si, mas sim dos modos como esse encontro reorganiza as explicações, ou a rede de coerências, a rede de conversações anteriores e as transformações de domínios de ações. O método é uma intervenção por ser capaz de produzir uma condição de observação, tanto no sujeito-pesquisador como no sujeito-pesquisado. O pesquisar pode se constituir em uma tecnologia de conhecimento capaz de produzir outras possibilidades de existência, de constituição de outros enredos não só para os pesquisadores, mas para todos os envolvidos no processo do pesquisar. Abre-se, também, a possibilidade de constituição de outras formas de coordenar ações, com responsabilidade. A leitura de Maturana feita até agora leva a uma reflexão sobre sermos responsáveis pela realidade em que constituímos com nosso viver, acarretando em co-responsabilidade ética.

Tendo em mim tais pressupostos, entre maio e agosto de 2008, fui “acolhida” pela equipe de acolhimento do Cais Mental ³. Durante esse período, participei nas reuniões semanais da equipe, apresentei e discuti com a mesma o projeto de pesquisa que foi também aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS. Após os trâmites institucionais do projeto, inicia-se um segundo momento, em que pude ter uma participação efetiva no campo entre abril e julho de 2009,

³ Relatos de campo serão apresentados na primeira pessoa do singular, pois foi realizada por mim. Já as análises estão na primeira pessoa do plural uma vez que são fruto de discussão com a orientadora e com o grupo de pesquisa. Ambas as formas podem estar presentes em um mesmo parágrafo, indicando mútuo engendramento entre observação-reflexão; experiência-explicação da experiência com a experiência. É importante manter esta descrição de acordo com a metodologia utilizada, e diz respeito ao modo como o trabalho foi organizado.

acompanhando as reuniões semanais da equipe de acolhimento e, participando em alguns momentos também das diferentes modalidades do mesmo. Através de um registro sistemático (diário de campo), passei a mapear o que era considerado um problema para o grupo, como eram resolvidos os impasses e o deslocamento dos problemas – invenções.

Minha inserção foi tomada como um dispositivo de análise do acolhimento, incluindo na reflexão o plano do sensível, a própria experiência de estar ali junto. A partir dessa experiência de sensibilidade é possível discutir o acolhimento como concretude vivida, somada aos discursos, aos relatos. Esse é o desafio, adotar uma estratégia metodológica que seja sensível aos processos de um coletivo em uma política do acolhimento, sendo capaz de enlaçar essa sensibilidade com o pensamento de autores da área e aos princípios das políticas públicas.

A inspiração etnográfica fornece indicadores metodológicos apropriados para o mapeamento que desejamos produzir: as possibilidades e vicissitudes do acolhimento como um operador entre micro e macro políticas no campo da saúde. Isso porque ela é calcada em uma ciência, por excelência, do concreto, de acordo com Fonseca (1999). O ponto de partida desse método, segundo a autora, é a interação entre pesquisador e pesquisado. Seria o protótipo do qualitativo, com ênfase no cotidiano e no vivido. A etnografia propõe-se a uma análise intensiva junto com poucas pessoas, onde a contextualização histórica e social é fundamental. O tamanho restrito do universo é justificado pela natureza qualitativa da análise.

Além disso, para Geertz (1989), a descrição etnográfica é microscópica. O antropólogo aborda interpretações mais amplas e análises mais abstratas a partir de um conhecimento muito extensivo de assuntos extremamente pequenos. Tal perspectiva

interessa ao nosso trabalho, na medida em que a partir do conhecimento sobre o micro que é o acolhimento de usuários no cotidiano do Cais Mental, pensaremos sobre redes de conversações, processualidades, políticas públicas.

Nesse sentido, buscamos inspiração na etnografia para pensar a intervenção no campo de pesquisa, a produção de conhecimento, a elaboração de um diário de campo. Nos utilizamos desse intercessor para construir uma discussão metodológica, pensando se constituir dessa forma um processo de criação. Apesar de Clifford Geertz vir de uma tradição epistemológica diferente da de Humberto Maturana, podemos encontrar em seu trabalho ferramentas teórico-metodológicas, constituindo intercessões interessantes. O conceito de intercessor, segundo Kastrup (1995), se refere a uma relação que não abole a diversidade e a criação, e deve ser entendido a partir dos efeitos, dos ecos, das ressonâncias que gera.

O conceito de cultura defendido por Geertz (1989) é predominantemente semiótico, enquanto o de Maturana é predominantemente ato. Acreditando que o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu, o primeiro autor assume a cultura como sendo essas teias. Ele fala de uma ciência interpretativa à procura do significado, onde se procura construir uma explicação sobre expressões sociais enigmáticas na sua superfície.

Para este trabalho, tomamos emprestadas algumas idéias da etnografia descritas por Geertz. Porém, ao invés de falar de cultura através do conceito de semiótica, falamos das redes de conversação, como coordenações entre os atos, coordenações de ações, postuladas por Maturana, entendendo a cultura como formada de sistema de operações

consensuais, onde sujeito e sentido se co-engendram mutuamente de modo concreto e não representacional, um pelo outro.

Maturana e Varela (2005) nos falam do fundamento biológico do comportamento social, sem cair em um reducionismo do primeiro em relação ao segundo. Isso implica na importância de considerar a pergunta pelo observador em nosso domínio de experiência. Para eles, o observador é participante constitutivo e ativo de si mesmo e dos mundos observados. Por isso, não existe uma realidade única e objetiva independente, porque a experiência de cada observador é decorrente do domínio explicativo do qual participa.

Nesse aspecto, encontramos um laço com a prática da etnografia, que insiste no aspecto concreto e cotidiano, embora em sua explicação, por vezes possa fundar-se em uma teoria representacionista. Segundo Fonseca (1999), o objetivo da etnografia é entender o que está sendo dito pelos nossos interlocutores. A autora define o método etnográfico como estando no encontro tenso entre o individualismo metodológico e a perspectiva sociológica. Envolve um pequeno número de pessoas e ressalta a importância do contato pessoal do pesquisador com seu “objeto”, justamente a configuração que temos em nosso estudo.

Pensamos que o modo de efetuar a pesquisa deve estar em consonância com o que se quer pesquisar. Assim, é fundamental para o presente trabalho que o *ethos* do acolhimento e a atitude ético-cognitiva estejam encarnados na pesquisadora. A partir do referencial teórico que adotamos, nos vinculamos a uma política inventiva da cognição, o processo de produção de conhecimento não pode ser pensado em separado dos processos de transformação de nós próprios e do mundo. Tomamos como proposição metodológica uma postura construtiva, já experienciada na Análise Institucional, que desloca a direção

de uma pesquisa aplicada, ou seja, não consideramos possível tomar o objeto e o campo problemático sem defender que todo ato de conhecer é um ato de fazer e de transformar as realidades.

Na pesquisa que realizamos há uma intervenção, mas sem propriamente se fazer uma nova proposição nos processos. Pensamos e acompanhamos, podendo dar sugestões ou fazer perguntas que levem a uma proposição, porém, não de modo direto, em um confronto, mas em um acompanhar, em um pensar com.

Por isso, a investigação se fez na modalidade de pesquisa-intervenção, não visando apresentar uma análise exaustiva ou totalizante, tampouco generalizar seus resultados. Tal método permite acompanhar um processo, e não representar um objeto. A idéia de utilizá-lo em pesquisas de campo se afasta do objetivo de definir um conjunto de regras abstratas para serem modelizadas.

Aliado ao anterior, a opção pela pesquisa-intervenção se deve ao fato de que esta viabiliza a análise micropolítica das produções coletivas. Essa abordagem concebe a realidade social em toda sua multiplicidade e complexidade histórica e política. Por isso mesmo, não a coloca em categorias gerais pré-formuladas nem em modelos e conceitos pressupostos. (PAULON, 2005).

Ao levar minha proposta como mestranda para a equipe, como referido acima, senti-me acolhida pela mesma. Era bem recebida nas reuniões e inteirada do funcionamento do serviço. Porém, aos poucos, passei a perceber que para a equipe era como se eu estivesse participando demais, ouvindo demais, e pouco contribuindo. Minha presença começou a incomodar. Seria indício de um “desacolhimento”? Então, me retirei para escrever o projeto e voltaria para apresentá-lo. Pensamos que ao retornar eu deveria

ser mais participativa e atuante, não me limitando a observar as reuniões, a fim de experimentar efetivamente o processo.

Então, ao retornar com o projeto de pesquisa qualificado, tive receio de como seria recebida. Para minha surpresa, a equipe mostrou-se receptiva, permitindo minha participação não só na reunião como em outros momentos (grupo de acolhimento, entrevistas individuais de acolhimento, abordagem de rua). Emprestaram-me um exemplar da revista comemorativa dos dez anos do Cais Mental Centro, que esclarecia sobre o trabalho desenvolvido no serviço. Explicitou-se que o CAPS é lugar de formação, por isso minha presença não seria problema. Porém, a partir do momento em que entrevistas individuais adquirissem caráter de psicoterapia, eu deveria me afastar. E o reconhecimento desse momento variaria de acordo com cada caso.

A observação participante é considerada, por Minayo (1996), parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa. Ela é tomada, nesta proposta de pesquisa-intervenção, não apenas como uma estratégia no conjunto da investigação, mas como um método em si mesmo. A observação participante é definida como um processo pelo qual se mantém a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto. É nesse sentido que Maturana, ao longo de sua obra, problematiza a idéia de verdade e afirma que uma realidade dada, universal, transcendente, é impossível. Ele afirma que toda experiência cognitiva inclui aquele que conhece de um modo pessoal, enraizado em sua estrutura biológica, formando uma coincidência contínua do ser, do fazer e do conhecer.

De posse dos registros de diário de campo e da própria experiência da

pesquisadora, efetuamos a análise da implicação e dos focos selecionados, a partir dos conceitos-ferramenta apresentados.

A análise não fornece uma explicação linear, e sim, mapeia acontecimentos, circunstâncias. Ela é pensada como um caminhar por processos mutantes, que não pode ser resumida ao encontro de sujeitos com objetos, nem pode ser pensada como algo antecipável.

A proposta foi apresentada e aceita pela equipe do Cais Mental Centro, havendo um termo de consentimento informado. Os registros foram feitos em arquivo no computador da universidade com acesso restrito à pesquisadora e à orientadora e foram colocados à disposição dos trabalhadores da equipe se esta o desejasse. Os custos decorrentes da pesquisa foram arcados pela própria pesquisadora.

7 TRAJETÓRIA EM TRÊS FOCOS

Já nas primeiras idas a campo, foi-se definindo três focos para guiar a discussão. O olhar, ou melhor, todo o corpo sensível, se voltou para: a concepção de acolhimento que se atualizava nas ações empreendidas, a organização da própria equipe e a relação com a rede de saúde.

7.1 A Concepção

Quanto ao primeiro ponto, buscávamos acompanhar que concepções de acolhimento (postas em ato) eram vividas e praticadas no serviço, o que emergia na ação-discurso. A palavra acolhimento remete a amparo, concepção que gera tensão uma vez que o Cais Mental não é um serviço portas-abertas, como, por exemplo, uma Unidade Básica de Saúde. É preciso que o usuário passe primeiro na rede de atenção básica para então receber encaminhamento para CAPS, se este for o caso.

Como, então, acolher em um lugar marcado por uma passagem anterior a outro serviço da rede? Nessa tensão, aparece a idéia de não se poder mandar embora a pessoa que chega. Uma vez que se entenda que a demanda do usuário não poderá ser atendida no serviço, o profissional diz a ele que não entrará em tratamento ali agora e explica o motivo, mas que se em algum outro momento vier a precisar, será recebido. Agindo dessa forma, a equipe entende que não está fechando as portas.

Atentamos para as explicações trazidas pelos profissionais para as reuniões da equipe de acolhimento sobre as pessoas atendidas. O relato de uma experiência gerava

outra explicação sobre que conduta se deveria adotar. De acordo com Maturana (2000), uma explicação é sempre uma proposição que reformula ou recria as experiências de um observador a partir das experiências anteriores que incluem a participação de redes coletivas. Ela se constitui como tal na medida em que é aceita por um grupo de pessoas que compartilham um critério de validação. Existem tantos modos diferentes de explicar quanto modos de escutar e aceitar reformulações da experiência. Dessa forma, a equipe de acolhimento re-cria os critérios de validação através dos quais confirma sua experiência, objetivando a si mesmo e aos usuários acolhidos.

Nesse sentido, para Maturana (2000), cada domínio explicativo, como um domínio de realidade, é um campo no qual entidades surgem através de coerências operacionais do observador que o constitui, e como tal configuram um domínio ontológico. Dessa forma, cada afirmação que um observador faz é válida em algum domínio de realidade, e nenhuma delas é intrinsecamente falsa ou verdadeira. Essa operação constitutiva de si e de realidades é que atesta a dimensão criativa e coletiva dos fazeres no serviço.

Em reunião da equipe de acolhimento no dia 22 de abril, comento sobre como o expediente dos procedimentos para efetivar o acolhimento poderia influenciar na “missão” deste, pois, muitas vezes, a fala dos trabalhadores é de que “quem não tem documento de referência e contra-referência não deveria ser atendido, só o é por uma boa vontade do profissional”. Através de falas como essa, consensos vão sendo criados em torno do que é o acolhimento. E, assim, coordenações de ações que são consensuais vão traduzindo os princípios do acolhimento (sua “missão”) como uma boa vontade individual dos trabalhadores. Esse exemplo revela a tensão entre uma idéia de

acolhimento e o fato do serviço estar incluído em uma hierarquização específica da rede, pois, segundo a classificação da própria rede, o serviço em questão não é portas-abertas.

Na proposição etnográfica o pesquisador não nutre mais a ilusão de estar no controle da situação. É justamente então, quando seu mal-estar, sua incompetência nas linguagens locais o obriga a reconhecer dinâmicas que não domina bem, que sente que está chegando a algum lugar (FONSECA, 1999). Como na questão discutida acima, talvez o recurso a uma explicação burocrática já faça tanto parte do acolhimento, que inclusive configure-o. Essa explicação pode remeter a uma dimensão institucional, impessoal, a questões que demandam um intensivo envolvimento subjetivo. Algo de coletivo, de operatividade de rede poderia estar sendo substituído por essa demanda burocrática?

Apesar de no momento da intervenção não parecer ter havido perturbação ao grupo, de alguma forma, percebo que me tornei uma espécie de representante de uma forma de acolhimento nas reuniões. Durante a fala de uma técnica sobre ser um absurdo uma pessoa aparecer no acolhimento sem a documentação de encaminhamento correta, ela olha para mim e diz: “Não que seja o papel o mais importante, mas...mas assim não podemos aceitar”. Em outro momento, outra técnica comenta sobre a forma um tanto grosseira com que recebe uma pessoa no grupo de acolhimento pela manhã. Ela se volta para mim e admite: “Sei que não fiz acolhimento, não foi acolhimento propriamente, mas é que já é conhecida do serviço, e tem de ser assim com ela”. Portanto, minha presença junto à equipe causa essas reações, um lembrar-se de que acolher tem a ver com vínculos solidários, com escuta diferenciada. Um dar-se conta de que, algumas vezes, não é isso o que se faz, e, portanto, precisam apresentar-me uma justificativa. Talvez essa dimensão

moral atribuída a mim possa, muitas vezes, ser atribuída a própria política: ela é tomada como um “dever-ser” e não como um campo de possibilidades aberto.

Durante minha participação na reunião semanal retomou-se a ata de acolhimento. Ao que pareceu, foi um resgate da prática de registrar em um livro de atas as decisões tomadas. Uma das trabalhadoras anunciou que voltaria a fazer essas anotações, inclusive sobre a minha presença nas reuniões. Pensamos que de alguma forma minha presença pode ter suscitado a retomada de registros que não estavam mais sendo feitos, no sentido de retomar sua importância como um dispositivo coletivo.

Para Fonseca (1999), é inegável que somos parte da realidade que pesquisamos. A reação do sujeito pesquisado diante de nossa presença é um dado fundamental que diz muito sobre as relações que se dão nesse local. Mas seria um erro igualmente ingênuo reduzir a realidade àquela dimensão que diz respeito a nossa presença.

O acolhimento, como uma atividade do serviço realizada por algumas poucas pessoas da equipe, é tido como um desafio. Ouvi comentários do tipo: “Tu viu como não é fácil?”. Uma pessoa na reunião dizendo que não faz grupo de acolhimento porque não sabe, não conseguiria, é muito difícil, tem de tomar decisões resolutivas rapidamente, e se tem de lidar como uma rede de saúde mental que não funciona. Outra fala: “quem faz o grupo de acolhimento é como o escudo que dirá muitas vezes que não é ali”. Situações como essa evidenciam a concepção de acolhimento como atividade espacializada/especializada, como tarefa individual realizada em determinado momento em determinada sala, e que diz respeito a competências específicas. Fala também de uma ausência de coletivo, de como as habilidades pessoais e estruturas de rede tidas como

necessárias à realização dessa tarefa, poderiam ser mais compartilhadas no grupo de trabalhadores do serviço e da rede de saúde.

Teixeira (2003) trata o acolhimento não como uma atividade (de recepção nos serviços) desempenhada por um profissional particular num espaço específico, mas como um acolhimento dialogado, isto é, como uma técnica de conversa. Ele pode se dar em qualquer dos encontros, que são, enfim, os “nós” da imensa rede tecnoassistencial da saúde. Essa técnica de conversa, o acolhimento dialogado, corresponderia àquele componente das conversas que se dão nos serviços em que se identifica, elabora e negocia as necessidades que podem vir a ser satisfeitas. Tal componente da conversa desempenha um papel crucial na dinâmica global da rede, pois conecta seus diversos pontos. Pode-se dizer que esse dispositivo faz com que as diferentes atividades (diferentes conversas) não apenas se articulem em rede, mas se constituam em um autêntico espaço coletivo de conversações.

Já Figueiredo e Schmidt (2009) definem o acolhimento como recepção, como um primeiro atendimento, em geral em grupos. Este termo, para a autora, é usado no lugar de “triagem”, palavra que traz consigo a idéia de exclusão. Ela menciona a importância de ser uma equipe que partilhe dos mesmos princípios, que leve o usuário efetivamente em conta nas suas decisões, que disponha de certa sutileza da escuta, agilidade e resolutividade.

No serviço estudado detectamos momentos de consonância com essa concepção de acolhimento como espaço, recepção. Ao mesmo tempo, também notamos momentos em que ele é entendido como dispositivo coletivo. Assim, as duas concepções parecem se alternar para compor as conversações sobre as práticas de acolhimento no Cais Mental.

Os aspectos burocráticos a que o serviço tem de responder são os que mais contribuem para uma configuração espacializada. E a disposição ética para reconhecer o outro em sua legitimidade é o que traz a concepção de diretriz.

Juntamente com o fator burocracia, outro dispositivo modulador das redes de conversações sobre acolhimento é a gravidade atribuída a um caso. Importa à equipe se a pessoa que chega buscando tratamento no Cais Mental está em crise, se está em surto psicótico. Importa a definição de um diagnóstico, e importa também se oferece perigo para a equipe e os demais usuários. Estes elementos podem ser definitivos para que o sujeito se torne um paciente do serviço, pois não estando em crise, por exemplo, pode ser encaminhado para atendimento ambulatorial em outro local da cidade. Ainda outro modulador que aparece é a necessidade de um familiar que acompanhe o usuário. Na ausência de alguém que se responsabilize, resta problemática a inserção no serviço. São elementos que mantêm uma recorrência, constituindo uma relação que faz voltar ao mesmo ponto. Consideramo-los como dispositivos que insistem na mesma operação e possuem força para fazer variar as intervenções.

7.2 A Equipe

Quanto ao segundo foco, relativo à organização da própria equipe, observamos uma série de tensões. No dia primeiro de abril, um dos trabalhadores me explica que existem várias micro-equipes dentro do serviço, sendo a equipe de acolhimento uma delas. Ou seja, no Cais Mental aparece novamente a espacialização/especialização (em

relação a uma concepção coletiva que está na Política) como forma de organização do trabalho relativo ao acolhimento.

Novamente encontramos que a tensão emerge onde carece articulação – a tensão pode então ser tomada como um analisador de onde ferramentas coletivas se fazem necessárias. A organização em micro-equipes talvez implique na necessidade de uma outra “inteligência” coletiva para que possa constituir laços entre as mesmas.

Uma das modalidades de acolhimento no Cais Mental é a abordagem de rua. Porém, ela é tida como separada do acolhimento que é realizado dentro do serviço, o que indica uma diferença com a concepção de acolhimento tal como defendida por Teixeira (op.cit.), logo acima. A trabalhadora que se incumbem com a abordagem de moradores de rua pareceu-me dispor de receptividade na identificação dessa concepção. No dia 14 de abril agendei um encontro com ela no Cais Mental, e me convida para tomar um café em um posto localizado próximo dali. Fomos para a rua, para além dos muros do espaço do Cais, para falar de abordagem de rua, o que nos faz pensar em uma busca para o fora do serviço. Depois disso, quando nos encontrávamos pelos corredores do Cais, ela sempre vinha cumprimentar-me, muitas vezes com um abraço, e perguntava sobre como estava indo meu trabalho. Fazia sentir-me bem-vinda, ouvida, importante, como se nessa pessoa o acolhimento se apresentasse encarnado.

Ela referiu que o serviço valoriza o trabalho de rua, entende a importância, embora não se aprofunde muito. Há uma dificuldade generalizada de se dispor a ir para a rua, como se os trabalhadores que entram no Cais Mental não cogitassem a idéia de sair para trabalhar fora dos limites dele.

A idéia inicial era que eu pudesse acompanhar seu trabalho, mas naquele momento a sistemática estava sendo reorganizada devido a uma falta de recursos humanos, horários, carro. Aspectos que parecem meramente materiais, mas falam da carência de sustentação do coletivo pelos coletivos mais amplos, como no caso das políticas públicas. A trabalhadora comenta que se trata de um trabalho sem outro para servir de parâmetro, fato que a levou a buscar referências em sua tese de doutorado recentemente. Enquanto a maior parte da equipe vê a abordagem de rua como tutela, essa trabalhadora a entende como um trabalho clínico, que é baseado em uma aposta e que se utiliza de ferramentas diferenciadas. Porém, o que observamos desta modalidade ficou restrito a conversa com a trabalhadora, e não pudemos acompanhar seu trabalho.

Entendemos que o núcleo de um CAPS é a sua equipe – tomada aqui pela idéia de coletivo que se reinventa -, com toda sua densidade de saberes e práticas. Sem a equipe ele não trabalha, não funciona. Ela se apresenta como uma forma de inteligência coletiva no sentido proposto por Lévy (1993), que opera constituindo o serviço e sendo constituída por ele, em um movimento contínuo de autoprodução ou autopoiese. Entre os membros de uma equipe há coordenações consensuais de condutas, formando uma rede de conversação que determina um modo de ser e de agir compartilhado e os critérios de validação a partir dos quais produz seus julgamentos. Nessas conversações, a experimentação advinda da complexidade dos encontros possibilita a reinvenção de si e do outro.

A reunião da equipe de acolhimento é um espaço propício para o aparecimento da ressonância que as perturbações podem causar no coletivo. É quando alguma invenção

pode se completar, pois se dá uma forma, uma expressão coletiva a algo inesperado nas práticas, que pode vir a gerar novas formas de atuação do serviço.

Uma situação ilustrativa disso foi quando a reunião do dia 09 de julho foi interrompida por uma trabalhadora avisando que a mãe de uma paciente havia ido para Cachoeira do Sul e só conseguiu ônibus de volta para Porto Alegre às 18h15min. Todos na reunião se mobilizaram, pois a mãe deixara a menina no serviço e a equipe toda concordou com isso. Agora teriam de ficar com essa paciente até que a mãe dela voltasse, além do horário de trabalho no CAPS. Relataram se sentir como uma creche. Discutiu-se o que fazer caso a mãe não voltasse, se algo acontecesse no caminho, já que a menina não tinha ninguém com quem ficar em Porto Alegre. Pensou-se em alguma pensão. Depois ligaram para a mãe dizendo que o serviço fecharia e que a menina era responsabilidade dela. A mãe pareceu preocupada, estava na rodoviária de Cachoeira do Sul. Então, os trabalhadores repensaram juntos e ligou-se novamente dizendo que alguém ficaria com a menina até que ela chegasse, pensando que a mãe ficaria muito ansiosa durante a viagem. A equipe entendeu a situação como aprendizagem, para não mais aceitar esse tipo de situação. Não havia clareza sobre até onde ia a responsabilidade dos trabalhadores do serviço. Foi um problema colocado a partir de algo que fugiu ao *script* e que desencadeou um processo inventivo. Percebeu-se uma rachadura no esquema de funcionamento do serviço e coletivamente se buscou dar uma nova forma de solucionar a questão.

Nesses momentos pensamos no acolhimento de quem acolhe, ou seja, na capacidade dos trabalhadores acolherem uns aos outros em suas divergências. Isso porque as práticas de acolhimento são reflexos do funcionamento da equipe em muitos aspectos. Nossa pesquisa permite observar que as tensões vividas e o acúmulo de justificativas que

emergem das redes de conversação, longe de remeterem a uma falha individual, são indicadores de falta de operatividade de coletivo, de um agenciamento em ação, de um campo de virtualidades que podem ou não se atualizar em uma inteligência coletiva.

Não estamos aqui afirmando que um coletivo possa ser “completo”, invulnerável a tensões e perturbações. Ao contrário, um coletivo está em constante processo de devir, processo que o leva a diferir de si mesmo, se re-individuar (Simondon, 2007) Esse desdobramento e reconfiguração do coletivo, segundo Maturana (2000), se faz no conversar, que desencadeia transformações estruturais recíprocas no encontro, em um fluir de linguajar e de emocionar. Conversar implica tocar, coordenar ações. Mas como resultado dessas mudanças estruturais, nosso modo de encontro com o outro muda. Nesse sentido, a conversa-ação do acolhimento pode ser um dispositivo organizador do coletivo, um operador de redes coletivas.

Como vimos, de acordo com Teixeira (2003), o acolhimento seria a “mola-mestra” da lógica tecnoassistencial, um dispositivo indispensável para a resolutividade em um serviço de saúde. Concordando com o autor, pensamos que essa “mola-mestra” pode aparecer tanto na relação dos trabalhadores da saúde com os usuários, como nas relações dos membros da equipe entre si. A forma como o próprio grupo conversa constitui também o modo de trabalhar com os usuários, em um lógica circular e autoprodutiva. O potencial de um serviço de saúde para acolher demandas da comunidade pode, assim, ser verificado no coletivo que se re-configura cotidianamente, no tipo de afeto que experimentam conversando entre si e no coletivo que fazem assim emergir. Isso significa que tanto o trabalho inventivo quanto o recognitivo são atualizados dia-a-dia.

Observamos uma tendência à conversa sobre acolhimento não se restringir apenas ao momento do grupo. Os trabalhadores têm falado cada vez mais na necessidade de ouvir mais a pessoa que vem buscar atendimento. Para entender melhor cada caso e dar resolutividade adequada são agendadas conversas individuais com algum profissional que compõe a equipe de acolhimento. Dessa forma, o grupo não está se constituindo espaço único para tomar decisões. Muitas vezes, o usuário irá conversar individualmente com outro trabalhador, que não participa do grupo de acolhimento. Assim, quando se realiza uma seqüência de encontros, distribui-se a responsabilidade para a equipe, pois o caso é levado para discutir em reunião e há troca de percepções, entrando em ação uma inteligência coletiva.

Essas conversas individuais possuem ainda caráter de acolhimento, sendo ainda um momento anterior ao ingresso no serviço dá a entender uma certa distinção entre acolhimento e tratamento. O acolhimento terminaria quando um plano terapêutico começa a ser posto em ação?

Pude ter vivências que não corroboram tal suposição. Como no dia 15 de junho, em que estou parada próxima à porta de entrada e vejo uma paciente chegando para uma oficina, trazida pela mãe. A profissional que as recebe é integrante da equipe de acolhimento, mas não está em nenhuma das atividades tidas como específicas de acolhimento naquele instante. Mesmo assim, recebe as duas mulheres de uma forma bastante afetuosa, pergunta sobre a família e sobre como estão as coisas, depois se despede da mãe que deixa a filha ali. Parece se tratar da ética do acolhimento em ação, sinto hospitalidade. Esse encontro pode estar sinalizando que a distinção entre

acolhimento e tratamento não é disjuntiva e que o acolhimento pode ser vivido como uma “mola-mestra” do trabalho como afirmou Teixeira acima.

No dia 10 de junho fui informada pela única pessoa da equipe que viera para a reunião na véspera de um feriado que o acolhimento seria cancelado. Minha reação inicial foi de susto, pensei: “Cancelado? Como assim? E os usuários que buscam o Cais Mental?” Fui entendendo que se tratava de um entrave coletivo. Nesse dia, haviam quatro pessoas agendadas para o grupo de acolhimento e nenhum psiquiatra no serviço. Ou seja, não havia médico de plantão caso alguém precisasse de uma avaliação imediata. Essa situação foi o estopim de algo que já vinha se explicitando, uma tensão com uma trabalhadora do serviço. Decidiu-se parar o grupo de acolhimento para organizar os horários dos psiquiatras, já que se entende que sem a retaguarda deles é impossível realizar o grupo. Comentou-se que não se trata de falta de pessoal, e sim de esquematização. A saída encontrada é burocrática: colocar no papel quantos atendimentos cada psiquiatra pode fazer e em que horários, e a isso adequar o horário em que será feito o grupo. E, nessa suspensão do acolhimento, os usuários ficam sem ser acolhidos.

Novamente, nesse episódio vemos que a organização disciplinar ou burocrática emerge onde existem tensões que poderiam ter outro tipo de resolutividade, mais coletiva. Como um agenciamento coletivo não se faz possível no momento, o movimento é pela heteronomia.

Trabalhadores que organizam seu trabalho de modo mais individualista ou disciplinar são comuns nos nossos serviços de saúde. Certamente essa atitude traz tensões a um trabalho coletivo. Mas a principal tensão, em nosso entender, é como acolher a

diferença dos modos de trabalhar e com ela compor? Parece que o mais fácil é excluir o trabalhador assim posicionado ou regravar o trabalho do coletivo. Esse é realmente um problema de inteligência coletiva: como organizar coletivos nos quais existam possibilidades criativas tanto ao coletivo quanto aos sujeitos nele envolvidos? Com o regramento, reforçamos o coletivo em detrimento do trabalhador. Com a exclusão, reforçamos o individualismo. Estamos diante de um paradoxo, mas são a partir desses paradoxos que processos de re-individação coletiva podem emergir resolvendo-o de modo autoprodutivo, autopoietico.

Durante esse momento que estou chamando de “crise do acolhimento” no serviço, em que se parou para revê-lo, fui perturbada por uma sensação de exclusão, “desacolhimento”. Eu estava presente quando se discutia essa parada, e logo a conversa abordou conflitos internos da equipe, queixas de colegas de trabalho. Quando uma das trabalhadoras deu-se conta de que eu estava presente, dirigiu-se a mim dizendo: “então tá, era isso, tu vens na próxima semana novamente”. A mensagem que escutei era de que o que dizia respeito a conflitos da equipe – como situações que vivenciei de profissionais que se negam a atender ou secretária que agenda errado - não era de minha conta, e que deveria me retirar naquele momento. Foi o que fiz, tomada por um sentimento ruim, um desconforto pelo fato de a equipe dissociar seus bastidores de sua atuação. Esse convite para sair da reunião evidencia novamente a relação que estamos tentando mapear entre tensão, conflitualidade, como indício de um nó problemático que demanda resolução no coletivo.

7.3 A Rede

Outro foco que acabamos tomando (ou que nos tomou) como um outro eixo da pesquisa é a relação com a rede de saúde de Porto Alegre - a forma como serviços conversam entre si, a postura que o Cais Mental adota nessa conversação. Uma constante que logo salta a nossa percepção é um descrédito acerca do funcionamento da rede, principalmente no que se refere à saúde mental. A fala sobre uma rede precária que não dá conta da demanda ou que encaminha erradamente aparece como mais um modulador das conversações que se dão no serviço. A necessidade de uma atribuição a outrem a causa das dificuldades do trabalho no serviço pode ser um indicador dessa tensão que busca resolutividade, agora em um outro plano que extrapola o coletivo da equipe e que a coloca como mais um ponto em uma rede com outra complexidade.

O processo de acolhimento de usuários apresenta peculiaridades na rede de saúde mental. Como mencionado quando da discussão do primeiro foco, uma grande quantidade de energia é dispensada pela equipe em torno da questão do documento de encaminhamento: se a pessoa chega com o papel certo, se a procedência é do território condizente, se o encaminhamento está preenchido corretamente ou não. A necessidade desse cuidado é reveladora da condição de precarização atribuída à rede, precarização que indica também uma não inclusão. É como se o serviço não pertencesse à rede.

Um entrave que aparece relacionado à rede é as pessoas serem agendadas para os grupos de acolhimento e grande parte delas não comparecerem no horário marcado. Ouvi muitas queixas a respeito dessa situação, que na maioria das vezes não levava a um questionamento da própria equipe e do seu modo de acolher. No dia 06 de junho uma trabalhadora comentou: “tem períodos que é assim, as pessoas não vêm”. Isso foi

entendido como descaso das pessoas ou dos serviços que encaminham: “profissionais de plantão, por exemplo, por não saber o que fazer, mandam para o CAPS o que seria para o Centro de Saúde Modelo ou para a Clínica da UFRGS”. “Isso acontece porque todos sabem que a rede é ‘capenga’, mudam as pessoas e as novas não sabem como funciona, não procuram se atualizar”. Pensamos que se os outros serviços da rede encaminham para o CAPS quando não sabem o que fazer, isso pode dizer do fato de o Cais Mental ser uma referência, como se viesse junto a idéia de que ali os pessoas serão acolhidas e devidamente encaminhadas. Notamos, nesse sentido, que há mesmo uma preocupação legítima de ouvir os usuários, entender os seus contextos e suas demandas

As interconsultas são uma maneira que o serviço encontra para sair para fora da casa, da rotina, de “desenCAPSular”⁴, de buscar parcerias, colocar-se em rede. Profissionais de dois diferentes serviços se encontram para discutir casos que envolvem ambos. Nesses momentos, outros serviços são acolhidos pelo Cais Mental, e este é acolhido por outros, estabelecendo-se um diálogo que pode levar a co-responsabilização.

As interconsultas são percebidas pelos profissionais do Cais Mental, muitas vezes, como uma solução, porque passa por uma discussão dos casos em rede. Vemos que assim se concretiza mesmo uma dinâmica de rede. Entretanto, pensamos que a mesma não deve ser feita exclusivamente através de casos, mas também, e, principalmente, por sua organização como coletivo, pensar-se como rede.

⁴ Expressão extraída de uma palestra proferida por Fernando Monteiro e Branca Chedid no Instituto Pichon-Rivière no dia 22 de junho de 2009.

A prática do encontro que se limita a discussão de casos nem sempre contempla uma auto-análise do próprio operar da rede como rede. Maturana (1998) afirma que cada sistema social, através de sua maneira particular de operar, faz emergir domínios e objetos de conhecimento. Não tomar como objeto de análise o modo como nos colocamos como observadores, os critérios de validação através dos quais produzimos julgamentos de validade é viver como se existisse uma realidade independente do nosso modo de considerá-la, de enatua-la.

Obviamente balizas que orientem o trabalho em rede são importantes, mas não são o mesmo que um conjunto de respostas prontas. Um dos pontos de dificuldade para se fazer esse autoconhecimento produtivo de rede é a sobreimplicação e o sentimento de urgência no qual o trabalho em saúde mental se estabelece. De acordo com Coimbra e Nascimento (2007), o conceito de sobreimplicação, proposto pela Análise Institucional, aponta para práticas onde a análise se faz de forma isolada, tomada em um único nível, impossibilitando que outras dimensões se façam presentes. A sobreimplicação tem como efeito o esvaziamento, a dificuldade de analisar nossas implicações, visto que todo o campo permanece ocupado pelo objeto. Remetemo-nos à fala de uma trabalhadora no dia 13 de maio sobre a falta de psiquiatras ambulatoriais: “o jeito vai ser formar filas também, porque todo mundo faz isso”. O acúmulo de trabalho é um terreno fértil para o aparecimento da sobreimplicação, fortalece subjetividades descrentes e não atuantes no campo das políticas públicas.

Observamos uma angústia de não saber o que fazer, concomitante com a urgência para resolver o problema que não é mais só da pessoa que procurou o serviço, agora é dos

trabalhadores também. Talvez possamos pensar nessa urgência como um obstáculo a uma individuação coletiva.

Maturana e Varela (2005), afirmam que todo conhecer é ação efetiva que permite a um observador continuar sua existência em um mundo em que traz à tona ao conhecê-lo. A ação efetiva de rede produz rede. Assim, como comenta Passos (1995) a interação é criativa porque não supõe a preexistência dos dois termos (organismo e meio, sujeito e objeto) que interagem. Interagir é constituir os próprios termos. O ato de conhecer a realidade é um ato de afirmação de si, de auto-engendramento, de autopoiese e, no caso, de fazer-se rede.

Se por um lado comenta-se que a rede de saúde mental da cidade não funciona, por outro, uma trabalhadora confessa desconhecer a configuração dos territórios, ou seja, a área de abrangência dos serviços. Pensamos se tratar de uma ilustração da autoprodução mencionada acima, pois sem conhecer a rede, não há como vivê-la, não há como fazê-la operar em seu próprio trabalhar.

O processo autopoietico não é somente um processo de constituição de uma racionalidade. O emocionar define que modo de cognição se habita. O acolhimento provoca, com frequência, um emocionar de angústia e impotência. Eu senti isso diante de algumas demandas de usuários e de outros serviços. Por outro lado, essas mesmas emoções podem não ser paralisantes, quando trabalhadas coletivamente pela equipe, podem justamente potencializar condições para a produção de diferença. O acolhimento possui uma dimensão produtora de saúde na medida em que é tido como oferta de subjetivação. É por esta via que ele pode ser uma oportunidade ímpar de reinvenção do

trabalho em saúde mental. Ou seja, de tornar mais coletivo sem que se anule a singularidade de cada trabalhador ou usuário.

As experiências de acolhimento que pudemos observar tiveram desdobramentos importantes. Dentre elas, a redução do tempo de espera para acessar o serviço. Praticamente inexistente lista de espera, que geraria uma expectativa de resolução que talvez não acontecesse. Várias vezes, o grupo de acolhimento se tornou um dispositivo, dispondo de elementos clínicos, organizando melhor a demanda. Através do compartilhamento, a angústia pode se dissolver, e a escuta do outro ter um potencial terapêutico. Outro desdobramento é a formação de rede, é a equipe tendo de voltar-se para fora do serviço para buscar alternativas. A discussão em reuniões dos casos acolhidos possibilita averiguar o que a fala do sujeito provoca na equipe. Nesse ponto, a supervisão institucional com que o Cais Mental conta desempenha um papel fundamental. Ela repercute de uma maneira diferente no funcionamento da equipe, pois possui uma razão coletiva.

Com o tempo, passei de ser acolhida para ser solicitada. Ocupei um lugar naquela equipe durante o tempo em que estive junto, acoplada ao serviço. Imersa na rede de conversações que se dava, era chamada a participar das coordenações consensuais de conduta.

Depois de algumas participações no grupo de quarta pela manhã e em entrevistas individuais, passei a expor algumas percepções acerca dos casos. Isso era inevitável, pois se discutia em reunião um momento que acompanhei. Percebo que comecei a ser reconhecida pelos trabalhadores a partir de então. Minhas colocações eram levadas em conta, e quando certo dia pedi para participar de uma entrevista, ouvi: “isso, é até bom

que tu esteja junto em um caso desses...”. O caso era considerado difícil, e eu então estaria ajudando a equipe. Em um dia que não pude estar no grupo pela manhã, uma trabalhadora me diz quando chego à tarde: “senti tua falta hoje de manhã, vieram quatro pessoas, era muita gente”. Meu acolhimento se estendeu a todo serviço, não apenas aos profissionais que integravam a equipe de acolhimento. Quando entrava no Cais o porteiro já me conhecia, apenas nos cumprimentávamos, era simpático comigo, me fazia gostar de adentrar aquela porta. Era apresentada para os outros profissionais, que ainda não me conheciam. Todos foram se acostumando comigo. Certa vez conversávamos na sala dos trabalhadores, e alguém tomou a palavra e parou na minha frente. Imediatamente, uma das pessoas da equipe de acolhimento a interrompeu dizendo: “tu está na frente da Susane, e estamos fazendo uma mini-reunião”. Senti-me incluída de uma forma muito especial, não podendo ser “tapada” só por não pertencer à equipe do Cais Mental. Penso, a partir disso, que a hospitalidade só pode se dar no sensível, no estar junto, e que eu funcionei como espelhamento desse processo.

Deixei-me envolver com os casos, com os processos, “botei a mão na massa”. Queria encontrar soluções, queria que fossem efetivamente acolhidos. Queria entender, não ser uma pesquisadora buscando neutralidade, se restringindo a observar, queria viver aquilo. Acompanhei o caso de um rapaz que veio bastante comprometido mas não estava em crise, e eu torcia para que ele entrasse em tratamento ali. Eu chegava à reunião e pedia notícias dele. Decepionei-me quando se decidiu que não ficaria, fiquei triste porque ele estava animado, queria conhecer as salas, as oficinas, mas a equipe resistia em aceitá-lo. Depois, vibrei quando, após rever suas concepções em supervisão institucional, ela mudou de idéia e resolveu mantê-lo no serviço.

8 MARCAS DE UM PERCURSO

Através dos três focos de análise (a concepção de acolhimento, a organização da equipe e a relação com a rede) obtivemos pistas sobre como o acolhimento é feito no CAPS estudado, sobre como esse coletivo específico o exercita e realiza. Vimos que a conversa é um importante operador de sua produção, sendo sustentado coletivamente, o que implica na impossibilidade de haver um modelo de acolhimento.

Como nos alerta Merhy (2002) devemos nos proteger de tornar uma experiência como paradigma e receita, em guia de práticas. Devemos, isto sim, considerá-la como pista, como momento e lugar para mirarmos, como alimento para digerirmos e ressignificarmos com outros fazeres, com outros coletivos, com outros mundos concretos.

Perguntamo-nos se o acolhimento é uma micropolítica que opera na direção das macropolíticas do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Concluimos que como diretriz de uma política pública, o acolhimento é atualizado no cotidiano do serviço. Sendo um dispositivo, uma tecnologia da ação, ele faz funcionar a macropolítica. Ou seja, ele faz laços entre a dimensão macro e a micropolítica. Uma vez que entendemos que o coletivo é o que opera a micropolítica, o acolhimento é fundamentalmente uma ação do coletivo. Dessa forma, onde não existem ferramentas coletivas fica dificultado o acolhimento da maneira como ele é proposto pela Política Nacional de Humanização do SUS e pela Reforma Psiquiátrica.

Observamos que onde emergem muitas justificativas é por que faltam ferramentas coletivas. Os problemas tidos como impasse aparecem justamente onde ações coletivas estão impossibilitadas. A maioria dos desentendimentos e das tensões no serviço está

relacionada a entrecruzamentos de conversações que pertencem a domínios cognitivos distintos.

No decorrer da pesquisa, tomamos o tema do acolhimento como uma diretriz para pensar a produção de saúde e o coletivo no campo da saúde mental. Diretriz esta que envolve uma ética da aceitação do outro como legítimo. Constatamos que dispositivos de ação em saúde como o acolhimento, só valerão se encarnarem esse *ethos*.

O trabalho me mostrou que o aspecto ético do acolhimento, na prática, diz respeito à maneira como nos colocamos. Mais do que uma ferramenta, diz respeito à concepção de vida e de sujeito que carrego, que bagagem possuo e que lugar ocupo, o que posso ouvir e o que posso devolver. Se sou contra determinadas formas de vida, já estou contra a pessoa diante de mim também que a apresenta. Acolher é também uma capacidade de se incomodar e de dar limites. Assim, concluo que o que faz diferença na acolhida sou eu, meus conceitos e meus preconceitos para evitar cair em julgamentos morais.

Penso que o lugar do acolhimento não deveria ser o da “coitadisse”, não deveria ser de precisar ajudar alguém. Mas sim, tentar conexões, gerar encontros. Não é alguém fazer pelo usuário, é como fazer juntos. Não deveria ser refazer vidas. A vida está pedindo passagem e muitas vezes se acaba estancando-a. Por isso é que experiências inusitadas, invenções, funcionam, porque saem da forma, rompem.

Instrumentaliza-se tanto o acolhimento com fichas, agendamentos, prontuários, etc., que se esquece do que é do cotidiano, da vida. O engessamento desse processo micro impede de se acessar o sujeito, sua cidadania, impossibilita um encontro real e verdadeiro

que seria potencializador. Nesse tipo de encontro, as pessoas no emocional vão encontrando as palavras e se encontrando.

Nesse sentido, muitas vezes observamos os serviços de saúde mental enCAPSulados, e perguntando de alguma forma para o usuário, como na música dos Titãs, “se você não quer nada, porque não vai embora?”. Isso acontece quando acolher passa a significar resolver um problema do outro, despachar. São momentos em que suprimir a angústia da equipe se faz mais premente do que suprimir a angústia do sujeito. Torna-se difícil responsabilizar-se pelo encaminhamento, acompanhá-lo.

Este trabalho, tal como o acolhimento, foi uma produção de respostas inacabadas. O processo de acolhimento não deve se esgotar ao encontrar uma solução, não deve parar na porta de entrada do serviço. Da mesma forma, não buscamos com essa pesquisa resolver o problema do acolhimento nos serviços de saúde mental. Pesquisar e acolher são trabalhos que envolvem uma reconstrução permanente do que é pensado, do que é decidido coletivamente como solução para as questões que se apresentam. São exercícios de uma ética do fazer implicado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAUMAN, Z. *Modernidade Líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

BARROS, R. B.; PASSOS, E. *A Humanização como dimensão pública das políticas de saúde*. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.

BOYER, G. C. A “nova” *Ciência da Cognição e a Fenomenologia: Conexões e emergências no pensamento de Francisco Varela*. *Ciência e Cognição*, v. 7, p. 81-104, 2006.

BORTOLUZZI, N. T. *Do que Humberto Maturana tem a ver com a Psicologia e algumas reflexões*. Monografia de conclusão de curso. Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2006.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 28 dez. 1990. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/LEIS/L8142.htm>> Acesso em: 12 ago. 2007.

_____. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988: atualizada até a Emenda Constitucional n. 20, de 15-12-1998. 21. ed. São Paulo: Saraiva, 1999.

_____. Ministério da Saúde. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Guia de Referência para Conselheiros Municipais*. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde*. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, 2004.

CAMPOS, G. W. S. *Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas*. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 2000.

COIMBRA, V, C, C. *O Acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial*. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

COIMBRA, C.; NASCIMENTO, M, L. *Sobreimplicação: práticas de esvaziamento político?* In Nascimento, M, L.; Arantes, E.; Fonseca, T, G. (Org.). *Práticas psi: inventando a vida*, p. 27-36) Niterói: EDUFF, 2007.

DELGADO, P. G. G. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. In: MELLO, MELLO & KOHN (Orgs). *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil* Porto Alegre: Artmed, 2007.

DESLANDES, S. F. *Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar*. Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva v. 9, n.1, p. 7-14, 2004.

FERREIRA, A. B. H. *Novo Dicionário Aurélio*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, p. 27, 1975.

FIGUEIREDO, A. C; SCHMIDT, M. B. *Acesso, acolhimento e acompanhamento: Três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental*. Revista Latinoam. Psicopat. Fund.: 12 (1), p. 130-140, 2009.

FONSECA, C. *Quando cada caso não é um caso: pesquisa etnográfica e educação*. Revista Brasileira de Educação: 10, p. 58-78, 1999.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. *O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: O caso de Betim, Minas Gerais, Brasil*. Cadernos de Saúde Pública, 15:345-353, 1999.

GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

KASTRUP, V. *Cartografias Literárias*. Revista do Departamento de Psicologia da UFF, v. 14, n. 2, p. 75-94, 2002.

_____. *O devir-consciente em rodas de poesia*. Revista do Departamento de Psicologia da UFF, v. 17, n. 2, p. 45-60, 2005.

_____. *A invenção de si e do mundo*. Uma introdução do tempo e do coletivo no estudo da cognição. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

LÈVY, P. *As tecnologias da inteligência: o futuro do pensamento na era da informática*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1993.

MARASCHIN, C. *Pesquisar e intervir*. Psicologia e Sociedade. Porto Alegre, v.16, n. 1, 2004.

_____. *Redes de conversação como operadoras de mudanças estruturais na convivência*, In: Pellanda, N. M. C. e cols. *Inclusão digital: tecendo redes afetivas/cognitivas*. Rio de Janeiro: DP&A, 2005.

MATURANA, H. *A Ontologia da Realidade*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1997.

_____. *Da Biologia à Psicologia*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

_____. *Cognição, ciência e vida cotidiana*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2000.

MATURANA, H.; VARELA, F. *A Árvore do Conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana*. São Paulo: Palas Athena, 2005.

MATURANA, H.; VERDEN-ZÖLLER, G. *Amar e Brincar: Fundamentos esquecidos do humano*. São Paulo: Palas Athena, 2004.

MERHY, E. E. *Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde*. In: Merhy EE, Onocko, R. *Práxis em salud um desafio para lo público*. São Paulo: Hucitec; 1997.

_____. *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1996.

PAULON, S. M. *A análise de implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção*. Psicologia e Sociedade. Porto Alegre, v.17, n. 3, 2005.

PASCHE, D. F. *Princípios do SUS e a Humanização das práticas de saúde*. Seminário A Humanização do SUS em debate. Vitória, 30 de maio de 2008.

PASSOS, E. *Um paradigma estético nos estudos da cognição*. Pesquisa e Música, v. 1, p. 41-50, 1995.

SIMONDON, G. *L'individuation psychique et collective*. Paris: Aubier, 2007.

TEIXEIRA, R. *Agenciamentos tecnosemiológicos e produção de subjetividade: contribuição para o debate sobre a trans-formação do sujeito na saúde*. Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva, v.6, n.1, p.49-61, 2001.

_____. *O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações*. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.) *Construção da integralidade*:

cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, p. 89-111, 2003.

_____. *As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público*. Disponível em: <<http://www.corposem.org/rizoma/redeafetiva.htm>>. Acesso em 14 de jul. 2007.

TSCHEIDEL, R. G. *Redes e Políticas Públicas: Tecendo uma Perspectiva Analítico-Institucional*. Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Departamento de Psicologia Social. São Paulo, 2006.

VARELA, F. *Sobre a Competência Ética*. Lisboa: Edições 70, 1995.

_____. *O Desencantamento do Abstrato In: Reencantamento do Concreto*. São Paulo: Hucitec, 2003.