

PONTÍFICA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

FÉLIX MIGUEL NASCIMENTO GUAZINA

**A PSICOLOGIA NOS ESPAÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE: DISCUSSÕES SOBRE
INTEGRALIDADE E CUIDADO**

Porto Alegre

2009

FÉLIX MIGUEL NASCIMENTO GUAZINA

**A PSICOLOGIA NOS ESPAÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE: DISCUSSÕES SOBRE
INTEGRALIDADE E CUIDADO**

Dissertação apresentada como requisito parcial, para obtenção de grau de Mestre, pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Prof.^a Dr.^a Helena Beatriz Kochenborger Scarparo

Orientadora

Porto Alegre

2009

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

G688p Guazina, Félix Miguel Nascimento

A psicologia nos espaços públicos de saúde: discussões sobre integralidade e cuidado. / Félix Miguel Nascimento Guazina; orientadora Helena Beatriz Kochenborger Scarparo. – Porto Alegre, RS: 2009.

108p.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2009.

1. Psicologia aplicada. 2. Saúde pública – cuidado.

I. Scarparo, Helena

Beatriz Kochenborger. II. Título.

CDU 159.98

Ficha catalográfica elaborada por Priscila de Almeida Cruz CRB – 10/1554.

FÉLIX MIGUEL NASCIMENTO GUAZINA

**A PSICOLOGIA NOS ESPAÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE: DISCUSSÕES SOBRE
INTEGRALIDADE E CUIDADO**

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dra. Helena Beatriz Kochenborger Scaparo
Presidente

Prof. Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck
Programa de Pós-Graduação em Psicologia UFSM
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem UFSM

Profa. Dra. Marlene Neves Strey
Programa de Pós-Graduação em Psicologia PUCRS

DEDICATÓRIA

Ao meu pai (*in memoriam*) que elegeu
o cuidado e a generosidade como ética de vida.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar ao meu pai Pedro Adair Guazina (*in memoriam*) por ter me ensinado em cada gesto e no compartilhar de cada leitura matinal “*Que na prosa da vida, pode caber muita poesia*”.

A minha mãe, Adayr Nascimento Guazina, sempre luz terna de meus amores, por ter estado presente comigo em todos os momentos da vida, apontando as possibilidades de caminhos a seguir. Teus cuidados comigo foram e são fundamentais para que eu chegasse até aqui.

Aos meus irmãos Moacir, Luiz, Tânia e Andiará pedaços fundamentais dos lugares onde me abriço.

Em especial a Professora Dra. Helena Beatriz Kochenborger Scarparo, meu exemplo de cuidado, respeito e generosidade diante da vida, por ter me conduzido nesses dois anos respeitando meus limites, mas apontando fronteiras a serem rompidas.

A Andriélie Guazina pelos abraços queridos nos momentos em que o corpo não cabia mais em si.

Aos colegas integrantes do Grupo de Pesquisa Psicologia e Políticas Sociais: Memória, História e Produção do Presente, e aos demais colegas do mestrado, pelos espaços fundamentais de troca de conhecimento e o apoio durante esse processo de mestrado.

À Karen Eidelwein amiga de muito tempo, por ter acolhido meus primeiros movimentos de ingressar no mestrado e por ter me “apresentado” os escritos da Helena.

À Fernanda Pires Jaeger pelo incentivo a continuar os processos de formação profissional.

À Rachel Cohen, graduanda do curso de Psicologia da PUCRS pela ajuda importante na etapa final da dissertação.

Ao Centro de Aperfeiçoamento de Pesquisa do Ensino Superior (CAPES), por ter possibilitado a realização dessa pesquisa de mestrado.

E por último, a essa força superior, que transcende a nossa razão. Alguns chamam de Deus, eu aqui denomino, simplesmente, de vida.

Escrever é se vingar da perda.
Wally Salomão

Resumir a vida para caber na dissertação?
Ou resumir a dissertação pra caber na vida?
Eis a questão.
Félix M.N. Guazina

RESUMO

Esta pesquisa examina as práticas psicológicas no contexto das políticas públicas, tendo em vista as perspectivas de cuidado no campo da saúde. Tal campo de problematização se estabeleceu especialmente a partir de processos de mudanças intensas na esfera da saúde, especialmente no que se refere ao movimento de Reforma Sanitária e, mais tarde à implementação do Sistema Único de Saúde. Tais eventos flexibilizaram as fronteiras disciplinares e potencializaram experiências dialógicas que tem articulado os sentidos de integralidade e saúde. O estudo justifica-se especialmente pela urgência de dar continuidade o debate sobre o tema, uma vez que muitas das práticas na saúde pública pautam-se por uma lógica privatista, individualizante e descontextualizada do andar da vida dos(das) usuários(as) dos serviços públicos oferecidos, o que pode ser considerado como digressão da lógica do cuidado preconizada nas políticas oficiais de saúde. Assim, dentre os objetivos do estudo figuram um entendimento do conceito de cuidado a partir das experiências de trabalho; o estabelecimento de relações entre as perspectivas de cuidado e as práticas psicológicas e a produção de subsídios para a reflexão das práticas nos diferentes espaços de inserção profissional. Para atingir esses objetivos, delineamos um estudo qualitativo-exploratório. Este trabalho teve inspiração nas idéias do paradigma da complexidade de Edgar Morin e na perspectiva das práticas discursivas e produção de sentidos. O pensamento complexo proposto por Edgar Morin possibilitou compreender e articular práticas e sentidos produzidos sobre o tema. Deste modo, os operadores dialógico, recursivo e hologramático permitiram constituir um caminho de investigação peculiar. Neste, foi considerada a potência das relações de diferentes racionalidades, a possibilidade de flexibilizar os limites entre produto e produtor, causa e efeito e, finalmente, a transformação das perspectivas parte e todo. Esses operadores facilitaram compreender a produção de sentidos referentes ao tema examinado em suas diferentes dimensões e conexões. Os participantes da pesquisa foram integrantes de uma comissão de um órgão de representação da categoria. Trata-se de um espaço representativo e, por isso, pautado pela diversidade de posicionamentos e experiências. Para a realização desse trabalho, foram utilizadas entrevistas narrativas e um grupo de discussão no estilo “*roda de conversa*”. A temática da roda de conversa foi “*Sentidos de cuidado nas práticas em psicologia*”. A análise dos dados foi realizada através dos operadores da complexidade e pela perspectiva das práticas discursivas e produção de sentido. Os resultados apontam que as perspectivas de cuidado no trabalho dos(as) psicólogos(as) nas políticas públicas dizem respeito ao cuidado como uma forma de relação intersubjetiva, singular e não tutelada com o(a) usuário(a). Tal sentido direcionava-se para questões relevantes que dizem respeito ao cuidado com a formação profissional e os espaços de representação da categoria como sentidos de cuidado. Outro sentido importante foi à busca por uma escuta humanizada que se expressa numa ética de relação com o outro. Tais sentidos eram fabricados por uma rede de significações através das memórias afetivas do trabalho.

Palavras-chave: Integralidade, produção de cuidado, práticas em psicologia, complexidade.

ABSTRACT

This research examines psychological practices in the public policies context, seeing the perspective of care in the health field. This field of problematization was established specially from processes of intense changes in the health sphere, mainly when referring to the movement of Brazilian Health Sector Reform and, after that to the implementation of the Brazilian Health System. Such events inflect disciplinary boundaries and potencialize dialogic experiences that have articulated the senses of integrality and health. The study is justified specially by the urgency of giving continuation about the topic, once many of the practices in public health work on a privatized logic, individual and decontextualized in the life path of user of the offered public services, what can be considered as logic digression of advocated care in the official health policies. This way, between the objectives of the study figure the understanding of the concept of care from the working experiences; the establishment of relationships between the care perspectives and psychological practices and the production of subsidies for a reflection around the service devices. In order to achieve these objectives, we outline a qualitative-explorative study. This work was inspired by the ideas from the paradigm of complexity by Edgar Morin and on the perspective of discursive practices and sense production. The complex thought proposed by Edgar Morin allowed us to understand and articulate practices and senses produced about the topic. This way, the dialogic, recursive and hologramatic principles allowed building a path of peculiar investigation. In this investigation it was considered the power of relationship of different rationalities, the possibility of inflecting the boundaries between product and producer, cause and effect and, finally, the transformation of part and full perspectives. These principles facilitate the understanding of the productions of senses regarding the examined topic in its different dimensions and connections. The participants of this research were members of a commission from a representative body of the class. It is a representative space and, for this, worked for its diversity of positioning and experiences. For the realization of this work, narrative interviews and a discussion group of “*roda de conversa*” type were used. The topic of the group discussion was “Meanings of care in practices of Psychology”. The analysis of corpus was done by the principles of complexity and by the perspective of discursive practices and production of sense. The result shows that the perspectives of care in the work of psychologists in the public policies are about the care as a way of intersubjective, singular relation, without guardianship of the user. This sense turned to relevant questions about the care with professional education and the spaces of representation of the class as a sense of care. Another important meaning was the search for a humanized hearing which is expressed in an ethical relation with the other. Those meanings were created by a net of meanings through affective memories of work.

Key-words: integrality , production of care, practices in Psychology, complexity.

LISTAS DE SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CNE/CES – Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação

CPP – Comissão de Políticas Públicas

CRPRS – Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul

CREPOP – Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas

GT – Grupo de Trabalho

SUS – Sistema Único de Saúde

PNH – Política Nacional de Humanização

SUMÁRIO

NOTAS INTRODUTÓRIAS.....	13
1 INTRODUÇÃO	17
1.1 CAMINHOS METODOLÓGICOS.....	20
1.1.1 Delineamento.....	20
1.1.2 Participantes.....	21
1.1.3 Instrumentos	21
1.1.4 Procedimentos para a coleta das informações.....	22
1.1.5 Procedimentos para a análise das informações.....	23
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	25
2 SEÇÃO I: INTEGRALIDADE, COMPLEXIDADE, PRODUÇÃO DE CUIDADO E AS PRÁTICAS PSICOLÓGICAS.....	29
2.1 Da construção do Sistema Único de Saúde (SUS) à invenção da integralidade como princípio das práticas de saúde.....	30
2.1.1 O cenário anterior ao SUS.....	30
2.1.2 O SUS e suas complexidades.....	32
2.2 Da construção da integralidade à produção de cuidado em saúde.....	39
2.3 O cuidado e as práticas em psicologia nos espaços públicos.....	42
3 POR UMA PROPOSIÇÃO ÉTICA E ALGUMAS (IN)CONCLUSÕES	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
4 SEÇÃO II: SENTIDOS DE CUIDADO NAS PRÁTICAS EM PSICOLOGIA.....	60
4.1 Memórias e práticas de cuidado, complexidade e produção do presente.....	67
4.1.1 Cuidado como forma de relação.....	67
4.1.2 O cuidado na formação em psicologia e os espaços de representação como sentidos de cuidado.....	71
4.1.3 A escuta como cuidado: processos dialógicos entre os atos cuidadores e a produção humana.....	77
4.1.4 Por uma ética complexa do cuidado.....	80
4.1.5 Memórias de trabalho e cuidado: da solidão do inventor às práticas transformadoras.....	86
5 À GUIA DE ALGUMAS (IN)CONCLUSÕES.....	91
6 E SE FOSSE POSSÍVEL CONCLUIR.....	100
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	102
ANEXOS E APÊNDICES.....	104

A FÁBULA-MITO DO CUIDADO (Fábula de Higino)

"Certo dia, ao atravessar um rio, Cuidado viu um pedaço de barro. Logo teve uma idéia inspirada. Tomou um pouco de barro e começou a dar-lhe forma. Enquanto contemplava o que havia feito, apareceu Júpiter.

Cuidado pediu-lhe que soprasse espírito nele. O que Júpiter fez de bom grado.

Quando, porém Cuidado quis dar um nome à criatura que havia moldado, Júpiter o proibiu. Exigiu que fosse imposto o seu nome.

Enquanto Júpiter e o Cuidado discutiam, surgiu, de repente, a Terra. Quis também ela conferir o seu nome à criatura, pois fora feita de barro, material do corpo da terra. Originou-se então uma discussão generalizada.

De comum acordo pediram a Saturno que funcionasse como árbitro. Este tomou a seguinte decisão que pareceu justa:

"Você, Júpiter, deu-lhe o espírito; receberá, pois, de volta este espírito por ocasião da morte dessa criatura.

Você, Terra, deu-lhe o corpo; receberá, portanto, também de volta o seu corpo quando essa criatura morrer.

Mas como você, Cuidado, foi quem, por primeiro, moldou a criatura, ficará sob seus cuidados enquanto ela viver.

E uma vez que entre vocês há acalorada discussão acerca do nome, decido eu: esta criatura será chamada *Homem*, isto é, feita de *húmus*, que significa terra fértil".

NOTAS INTRODUTÓRIAS

E de repente e quase de supetão, as memórias se presentificam quando sento pela centésima vez na busca de traduzir na escrita, as palavras e o pensamento que insiste em correr rápido. Nessa digressão entre o sentir, o pensar e o escrever, algumas marcas insistem em fazer passagem. Exatamente no momento em que a escrita deveria estar colocada em regimes e ditos de disciplinas que, infelizmente, nos convidam a sermos reconhecidos na racionalidade de uma ciência que se denomina moderna. Essa ciência nos dá limites e não regiões fronteiriças e permeáveis no processo do conhecimento.

E se, como lembra a música do Titãs ¹“*é caminhando que se faz o caminho*”, e com o lembrete de Merhy (2005) *é caminhando que engravidamos as palavras e as nossas experiências em busca de algum sentido, escolho esse espaço para falar de alguns trajetos que atravessaram o meu percurso como pesquisador. É a primeira e única vez que me coloco em primeira pessoa durante esse trabalho, pois seria injusto com todos os atores deste processo, que ajudaram a tecê-lo compondo afetos e conhecimentos que foram disparadores das reflexões desta dissertação.*

À moda de um holograma, embora esteja eu, somos nós, porque nada mais somos do que seres dialógicos e recursivos em busca de sentido. Quando cito algumas experiências é um “nós” coletivo que se expressa. É o reconhecimento de um “nós” que fala sobre os processos que permeiam este texto. É o “nós” da morada onde escolhemos e fomos escolhidos para habitar um espaço-tempo, enquanto produzimos esta pesquisa.

Sabemos que não há na produção do conhecimento científico pesquisador neutro e pesquisa desinteressada, porque além de sujeitos epistêmicos, somos sujeitos ideológicos, sujeitos da cultura que valoram coisas em detrimentos de outras, que fazem escolhas e que assumem certas ideologias (Merhy, 2004). E, portanto, nossas escolhas são “*sempre políticas e indicam uma opção ontológica, metodológica, indicam valores, princípios. Fazer escolhas significa, portanto, um exercício crítico-analítico infatigável*” (Barros, 2008, p. 281). Com isso, afirmamos que nenhuma teoria é oniexplicativa, há sempre sobras do objeto de pesquisa em que “*os sujeitos e teorias não conseguem explicar*” (Campos, 2003, p.12). Nesse sentido se escolho alguns percursos é porque esses nunca estão acabados, e sim, sempre abertos, indicando possibilidades de (re)significações. São percursos que ainda nos convidam a olhar pra vida, já que o andar da vida e a sua relação com a saúde foi mote de reflexões desde que eu tive meu primeiro encontro com a Psicologia. Esse encontro aconteceu num estágio curricular de observação num ambulatório de saúde mental, numa oficina de arte-terapia desse

¹ Titãs. (2005). *Enquanto houver sol*. Sony: BMG.

espaço de cuidado. Foi ali no encontro com a arte que as primeiras palavras sobre a Psicologia e Saúde Coletiva chegaram até mim carregadas de potência, indicando mesmo incipientes, que outras formas de cuidado em saúde eram possíveis para aqueles(as) usuários(as) que, de algum modo, estavam limitados no cuidado e na gestão de suas vidas.

Dessa primeira experiência de estágio fui levado a um estágio extra-curricular na oficina de criatividade do Hospital Psiquiátrico São Pedro, em Porto Alegre-RS e nessa experiência acompanhei os moradores do Serviço Residencial Terapêutico “Morada São Pedro”, o que resultou na minha pesquisa de monografia da graduação em Psicologia (Guazina, 2005). Desde então, houve vários encontros com redes de cuidado militantes, que despertaram em mim a vontade de discutir a relação do(a) Psicólogo(a) com o cuidado em saúde.

Minha inserção profissional deu-se a partir do trabalho num ambulatório de saúde da rede privada. Trazia comigo as experiências de estágio em diversos dispositivos de atenção a saúde que possibilitaram outras maneiras de ver o cuidado em Psicologia. Juntamente a isso, com meu “*camboio de corda*”, e nas “*calhas de roda*”² dos espaços institucionais, trazia junto um saber-fazer militante, que ansiava por outras formas de trabalho no campo da Psicologia, principalmente no campo da saúde.

Com isso, memorar a história da Reforma Sanitária Brasileira, para compreender o laço histórico das práticas que fizemos hoje é de fundamental importância. A construção do Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, a partir da Reforma Sanitária, através da concepção de Integralidade, trouxe para a roda de discussão brasileira a necessidade de construir possibilidades de trabalho em saúde, a partir de práticas de integralidade. Diante dessa discussão, seus princípios apontavam para a democratização das ações e dos serviços que passaram a ser universais, organizados e norteados por uma plataforma de descentralização. (Brasil, 2000).

A discussão acerca da Integralidade como um conceito-força que vem a partir do texto constitucional direcionou estudos, produções de conhecimento e tecnologias de trabalho que apresentam no cuidado um fio que amarra essas reflexões. Cuidado entendido como vínculo, responsabilização, acolhimento e uma escuta mais humanizada e mais comprometida com os aspectos individuais e coletivos, que transversaliza qualquer ato de saúde, numa rede de complexidade.

Diante desses caminhos, percebemos o quanto ausente a Psicologia esteve das políticas públicas. Observamos as descontinuidades e incongruências da inserção do trabalho da Psicologia que fazia uma transposição não reflexiva de suas práticas, no contexto da saúde

² Inspirado no poema Autopsicografia de Fernando Pessoa.

pública, nos espaços cotidianos onde as pessoas habitavam. Esses encontros me remeteram à complexidade das práticas de cuidado em saúde. Descobri que somos muito mais que *homo sapiens*. Somos *sapiens/demens, faber/mitologicus, economicus/ludens, prosaico/poético, uno e múltiplo* (Morin, 2007a, Morin, 2007b) e, portanto, nos constituímos recursivamente. Além disso, somos construtores e constituídos por subjetividade. Subjetividade essa que se constrói nos espaços relacionais dos quais fizemos morada. Ou seja, somos feitos de processos dialógicos e recursivos no território da vida.

A partir disso, a fábula de Higino sobre o Cuidado nos pareceu inspiradora. Há nessa fábula um misto de dialogia e recursividade. Foi a partir dela que o termo cuidado apareceu como conceito potente das discussões sobre as práticas do trabalho do(a) psicólogo(a) na saúde coletiva. A própria filologia da palavra “cuidado” aponta para duas questões. O cuidado derivado de *coera* que remete a idéia de cura e o cuidado derivado de *cogitare-cogitatus* que toma a lógica do cuidar como “*cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e preocupação*” (Boff, 1999, p.91).

O senso comum se utiliza da palavra cuidado ora para se referir a cura, que se relaciona a acompanhar, estar junto, desvelar, intervir; ora para significar evitação. “Cuidado com o fogo!”. Ou “cuidado com o José porque ele é esquizofrênico”. Cuidado com aquele paciente! Se você der atenção demais ele pode “agazar”³. Usamos inúmeras vezes o cuidado na dicotomia entre atender/curar ou evitar/ se abster de contato. Isso se reproduz infelizmente nos espaços de saúde, nas relações de cuidado entre técnicos e usuários(as).

Por isso, sempre me inconformei com as escutas da Psicologia nas políticas públicas e sempre pensei que, muitas vezes, nossos trabalhos serviam de “*amoladores de faca*”⁴, no sentido de que em nossas práticas, não raro, defendemos um certo humanismo a partir de um sujeito que consideramos, a priori, demandantes de tutela e de cuidado, como se o cuidado, fosse intrinsecamente humano. Talvez, romanticamente, ele até o seja, mas na prática de saúde, está longe disso. O cuidado em saúde aqui é entendido como produção humana. Mas nos perguntamos, o que são práticas do humano? O que são práticas de cuidado? O que são práticas humanizadas? E, assim, nos pareceu que práticas de descuido também são práticas humanas. Se observarmos os jornais, nos plantões de notícias da televisão e em diversos estudos acadêmicos, notamos uma questão de fundamental importância: os(as) usuários(as) reclamam da falta de cuidado, da falta de responsabilização dos diferentes serviços que freqüentam, da falta de implicação dos trabalhadores no ato de cuidar e não da falta do

³ Falas, infelizmente, observadas nos espaços de cuidado em saúde do SUS.

⁴ Essa idéia vem de um texto de Baptista, L. (Baptista, L.A.A. (1999). *A cidade dos sábios: reflexões sobre a dinâmica social nas grandes cidades*. São Paulo, Summus Editorial.) referenciado por Barros, M.E.B (2008). *De amoladores de faca à cartógrafos: a atividade do cuidado*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO.

conhecimento tecnológico (Merhy, 1998, Merhy, 2005, Mattos, 2001, Luz, 2001, Ceccim; Feuerwerker, 2004).

No cenário de trabalho no qual me insiro, as escutas dos(as) usuários(as) que lá buscavam atendimento, traziam a todo instante, certo descuido e certa inconformidade com as relações de cuidado, por parte dos profissionais da saúde. Esses(as) usuários(as), de certo modo, ou de “muito” modo estavam trazendo a denúncia da nossa dificuldade em estabelecer relações interpessoais solidárias, que pudessem estar produzindo relações de saúde. Ou seja, denunciavam a nossa (des)atenção e que nossas práticas estavam descoladas dos espaços subjetivos que eles transitavam.

São esses questionamentos que me levaram a estudar o tema das práticas psicológicas a partir da idéia de cuidado. Nesse momento me questiono o que é uma dissertação senão o decalque da experiência de dois anos, uma vingança contra os processos e contra a responsabilidade sobre os espaços que circulamos e sobre as pessoas as quais fizemos parte desses movimentos durante a realização da pesquisa. Portanto, compreendemos que só há possibilidade de escrita nas *“pausas, nas errâncias que vão ganhando contornos. Pois bem, só se escreve, escrevendo, só se vive nos processos, nos espaços microgestionários”* (Barros, 2007, p.114).

A partir disso, entendemos a complexidade de transitarmos pelos caminhos da escrita e, nesses caminhos, nos damos conta que a terra do conhecimento não é nada firme (Ribeiro, 1999). Dessa forma, *“acreditamos que o processo de conhecimento é uma relação de luta, uma expressão da pluralidade das forças que constitui o tecido social, e assim, nem se assenta e nem busca verdades a priori”* (Barros, 2006, p. 137). É exatamente a incerteza que constitui a força e não a fragilidade do processo de conhecimento, e dessa dimensão de incerteza frente ao outro que também produz conhecimentos. Se a teoria é engrama como afirma Morin o método é estratégico e inventivo (Morin, 2008). E como política inventiva tem de lutar permanentemente contra as forças que tentam impedir o movimento criador do pensamento (Barros, 2005).

Já afirmava Deleuze (1992) que pensar é sempre experimentar e esse experimentar é da ordem do atual, do novo, do que está ainda por fazer. Portanto, falar da Psicologia *“é falar da experiência humana, (...) da subjetividade enquanto processo enquanto resultado de uma criação”* (Matos, 2004, p. 20). Entender tais processos é falar de Psicologia's que nos colocam na angustiante tarefa de criação de nós mesmos (Scarparo, 2009) e afirmativamente *“de relações que transformam concepções, duvidam de certezas e dizem qualquer ilusão de permanência. Estamos condenados a pensar-significar-praticar”* (Scarparo, 2009, p.135). Eis as histórias que aqui se conformarão.

1 INTRODUÇÃO

Essa produção que segue inspirou-se nos estudos⁵ que têm feito referência à reforma sanitária no Brasil no que diz respeito a sua construção e aos efeitos que culminaram na construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Eleger o SUS como cenário é reconhecer a importância do sistema como uma das reformas sociais mais importantes realizadas no Brasil.

Isso se deve ao protagonismo de diversos atores sociais que, incomodados com o sistema anterior à Reforma Sanitária, lutaram por uma saúde mais democratizada para todos os brasileiros (Brasil, Ministério da Saúde, 2006). Essa indignação concomitantemente é inserida nos movimentos pela democratização do País. A crítica ao sistema hegemônico recaía sobre o modelo clássico da medicina científica que alinhava a teorias sobre a doença e não sobre o sujeito; e uma atenção centrada no indivíduo de uma forma fragmentada (Camargo Jr., 2003). Tal racionalidade produziu modos de cuidar, desarticulados dos direitos humanos.

Podemos entender que essa racionalidade contribuiu para despedaçamentos e fragmentações do saber, sob a égide de um paradigma de simplificação, que diz respeito “*ao conjunto dos princípios de inteligibilidade próprios da cientificidade clássica, e que, ligados uns aos outros, produzem uma concepção simplificadora do universo (físico, biológico, antropossocial)*” (Morin, 2008, p.330). Além disso, prioriza a universalização dos saberes, a redução do conhecimento em suas partes; um isolamento e separação do objeto de estudo com seu ambiente; uma eliminação do sujeito conhecente no campo da pesquisa; as contradições no ato de produzir conhecimento aparecem necessariamente como erro (Morin, 2008). Esses elementos se conformavam com o paradigma clássico na saúde baseado na unidisciplinaridade que se expressava por uma formação teórica intramuros, da hegemonia do saber localizado e de um projeto profissional voltado para a lógica do privado.

O projeto de racionalidade separou sujeito e objeto, dissociou o campo da vida do campo científico e priorizou partes em detrimento do todo (Morin, 2008). Desse modo produziu práticas de cuidado descontextualizadas e fragmentadoras, tomando uma disciplina como a detentora exclusiva de uma produção de verdade sobre a vida (Foucault, 2007a).

Diante dessas considerações, a construção de um sistema de saúde atento à complexidade, problematizou as noções de saúde, cuidado, atenção, gestão e políticas de saúde. A VIII Conferência Nacional de Saúde explicitava a saúde como resultante de várias condições como trabalho, transporte, lazer. Mais do que isso, começava a ser compreendida dentro da realidade histórica de cada sociedade (Brasil, 1988).

⁵ Um exemplo desses estudos são: Brasil. Ministério da Saúde. (2006). *A construção do sus: histórias da reforma sanitária e do movimento participativo*. Brasília, Ministério da Saúde. E os trabalhos de Gastão Wagner de Sousa Campos – Campos, G.W.S (2006). *Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS*. Saúde e Sociedade, 15(2), pp. 23-33.

Desse modo, o SUS nascia com uma proposta político-ideológica que priorizava a universalidade do atendimento a todos os brasileiros, a integralidade das ações de prevenção e assistência e a igualdade de acesso em todos os níveis de complexidade, respeitando as diferenças e as necessidades de saúde de cada sujeito. Alinhava-se aos pressupostos da Constituição Federal, conhecida como Constituição Cidadã, ao ratificar os direitos humanos colocando o Estado como provedor da saúde.

A lei 8080 de 1990, chamada comumente de “Lei do SUS” possibilitou assinalar os projetos políticos presentes na Constituição. A lei se pautou por princípios que norteiam as práticas de saúde. Dentre esses, se destaca o atendimento integral que possibilitou a construção da idéia de Integralidade, forjada para dar conta das questões do cuidado em saúde. A palavra Integralidade revela uma polissemia de sentidos e tem sido um conceito carregado de potência para um Sistema Único voltado à defesa da vida. Estamos consoantes com a definição de Pinheiro (2001), que concebe a integralidade em saúde como:

uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual – onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual e o plano sistêmico – onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados” (Pinheiro, 2001 p.65).

Tal compreensão tem produzido estudos acerca do cuidado em saúde. Dessa forma a Integralidade, conforme (Pinheiro ; Mattos, 2007), é vista como um dispositivo legal-institucional atravessado por valores éticos e políticos, representado pelo cuidado como a sua maior expressão enquanto atividade humana. Essa compreensão tem produzido estudos acerca do cuidado como uma estratégia de engendramento da efetivação das propostas de integralidade. Levando isto em consideração, podemos pensar o cuidado como uma ação integral que elege a saúde como direito de ser, através de seus significados, mas, sobretudo de seus sentidos (Pinheiro ; Guizardi, 2006).

Na esfera epistemológica, a Integralidade é considerada como uma “*recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação de abertura para o diálogo*” (Mattos, 2001, p.61). Estabelece-se como recusa a uma forma reducionista de compreender o mundo e a vida. Morin (2008) propõe um pensamento complexo que convida a dar conta do despedaçamento e mutilações do saber e do fazer articulando o mundo das idéias com o da vida. A lógica da Complexidade faz uma torção em diversos sustentáculos do pensamento cartesiano. Subverte a lógica da ordem do conhecimento, denuncia a imprevisibilidade do saber e da relação com a vida, derruba as fronteiras entre produtor e produto, causa e efeito para construir um saber aberto à experimentação (Silva, 2006).

Com isso, a palavra integralidade, promoção de saúde e cuidado nos remetem ao conceito de Complexidade (Severo, 2006; Seminotti; Severo, 2007), na medida em que, na constituição do SUS, os princípios e diretrizes explicitam relações entre todo e parte de uma forma dialógica e complexa.

E a Psicologia nesse cenário? Que discursos e contribuições a Psicologia vem produzindo na áreas das políticas públicas de saúde? Apesar da significativa participação de alguns(umas) psicólogos(as) nos movimentos de saúde, consideramos ainda incipiente a relação da Psicologia no debate da saúde pública (Scarparo, 2005). Tal negligência estava pautada na hegemonia de uma psicologia ainda individual, privatista e de enfoque predominante clínico centrado nas ações de psicoterapia. No entanto, atualmente estima-se que há cerca de 15 mil psicólogos(as) atuando no Sistema Único de Saúde nos mais variados serviços, como Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Ambulatórios de saúde mental, Centros de Referência à Saúde do Trabalhador, Hospitais Gerais, Centros de Orientação sobre DST/AIDS (Braga Campos; Guarido, 2007).

Mediante esses apontamentos, foi de fundamental importância pensar sobre perspectivas de cuidado e práticas de saúde dos profissionais da Psicologia no campo das políticas públicas, especificamente na saúde. De acordo com essa premissa, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) através do Centro de Referência Técnica de Políticas Públicas (CREPOP) tem se preocupado e investido em pesquisas⁶ com a categoria para mapear o fazer psicológico nas políticas públicas. Nesse sentido, esse serve para conhecer as práticas psicológicas exercidas no cotidiano e para poder criar referências técnicas de atuação. Essa iniciativa do CREPOP surgiu na intenção de entender como a Psicologia vem se colocando diante dos compromissos com as Políticas Públicas e com os Direitos Humanos. Com isso, visa a reconhecer a contribuição profissional da Psicologia nesta área, valorizando sua contribuição da Psicologia para a promoção dos Direitos Humanos no País (Conselho Federal de Psicologia, 2009).

Diante do exposto, este trabalho justifica-se, de um lado, pelo lugar marginal em que alguns(umas) psicólogos/as ocuparam, historicamente, nas políticas públicas. De outro lado, por percebermos e vivenciarmos a experiência de que os currículos disciplinares dos cursos de formação em Psicologia, ainda privilegiam a formação de linhas teóricas que priorizam uma clínica privada, individualizante e descontextualizada. Essa idéia evidencia que a formação acadêmica, muitas vezes, negligencia a contribuição da Psicologia no espaço público

⁶ Pesquisas realizadas pelo CREPOP, tais como: “Atuação em serviços de atenção básica em saúde”, “Atuação profissional em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)”, “Atuação profissional em programas de Atenção à mulher em situação de violência”, entre outros.

(Giugliane, 2007; Silveira, 2007). Diante disso, entendemos que é necessário um maior aprofundamento de pesquisas sobre os princípios que orientam o nosso sistema vigente por meio da Psicologia (Dimenstein; Macedo, 2007).

Reconhecemos que um diálogo estreito entre Psicologia e SUS tenha começado de uma forma mais efetiva nos últimos anos. Ferreira (2007) aponta que, no caminho da construção de uma relação estreita entre Psicologia e políticas públicas, o Sistema Único de Saúde tornou-se relevante na medida em que o discurso atual acerca do projeto da integralidade contou com as perspectivas defendidas por alguns profissionais da área psi, que estavam revisando e refletindo suas práticas.

Com o conhecimento desses fatos, as questões que nortearam essa pesquisa foram:

É possível estabelecer relações entre as práticas psicológicas e os atos de cuidado do trabalho do(a) Psicólogo(a) nas políticas públicas de saúde?

De que forma o conceito de cuidado vai se constituindo no discurso da construção de saúde no Brasil?

De que modos os(as) Psicólogos(as) têm se apropriado da temática do cuidado em suas práticas?

Em virtude dessas questões, o objetivo geral deste trabalho foi pensar nas relações entre as práticas em psicologia e as perspectivas de cuidado no contexto das políticas públicas em saúde. Os objetivos específicos procuraram entender como se formulava o conceito de cuidado nas práticas de trabalho do(a) psicólogo(a) vinculado à Comissão de Políticas Públicas (CPP) do Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul (CRPRS); estabelecer relações entre as práticas e os sentidos de trabalho; e refletir criticamente sobre as formas de potencializar essas discussões nos diferentes espaços de inserção das práticas.

1.1 CAMINHOS METODOLÓGICOS

1.1.1 Delineamento

Entendemos que as teorias são ferramentas e possibilidades de partida para o conhecimento (Morin, 2008). Nesse sentido, optamos por uma abordagem qualitativa-exploratória, pois acreditamos que a atividade científica vai além de procedimentos tecnológicos e se realiza através de movimentos imbricados nas redes de relações sociais que acontecem no cotidiano (Scarparo, H; Guareschi, N, 2008). Tal idéia encontra guarida no pensamento complexo que propõe uma perspectiva de ciência indissociável do contexto

histórico porque é, ao mesmo tempo, “*intrínseca, histórica, sociológica e eticamente, complexa*” (Morin, 2008, p.9).

No presente estudo, priorizamos abordagens que favorecessem a percepção dos contínuos movimentos e articulações que tornam os conceitos permeáveis aos tempos-lugares-contextos. Portanto, ao construirmos e percorrermos esses caminhos buscamos apoio nos três princípios ou operadores⁷ do pensamento complexo que se interconectam: o dialógico, o hologramático e o recursivo. O operador dialógico refere-se à possibilidade de que racionalidades diferentes possam estabelecer relações que não sejam excludentes; o operador recursivo indica que os limites entre produto/produtor, causa/efeito são rarefeitos, na medida em que as causas e os efeitos são produtos e produtores de si e o operador hologramático, assume que cada parte do holograma contém a totalidade de si mesmo (Morin, 2008).

Portanto, assumir essa postura epistemológica é entender que esses pressupostos articulam diferentes racionalidades para compreender as complexas relações produto-produtor, causa-efeito, parte-totalidade. Assim, os sentidos sobre cuidados serão estudados nos seus movimentos de constituição, entrelaçamentos e desconstrução sucessivas.⁸

1.1.2 Participantes.

Participaram deste estudo 6 psicólogas que freqüentaram semanalmente, naquele período, a comissão de políticas públicas (CPP) do CRPRS. Tendo em vista a complexidade dos cenários visitados entendemos que tal participação se expressa em outras perspectivas traduzidas nas várias possibilidades de encontros para além das reuniões da CPP. Desse modo, compreendemos os sujeitos da pesquisa na perspectiva hologramática.

1.1.3 Instrumentos.

Os instrumentos utilizados para a produção das informações foram entrevistas narrativas, a realização de uma “*roda de conversa*” e a realização de um diário de campo. A escolha de trabalharmos com entrevistas narrativas parte da idéia de que contar histórias desempenha um papel importante na conformação dos fenômenos sociais (Jovecholovitch; S; Bauer, M., 2002). Dessa forma, cada narrativa é compreendida hologramicamente. Nessa perspectiva, o contar histórias implica dimensões importantes, por exemplo,

(...) a dimensão cronológica, referente à narrativa como uma seqüência de episódios e a não cronológica, que implica a construção de um todo a partir de sucessivos acontecimentos, ou a

⁷ Operador dentro da perspectiva de Morin, no sentido de que um conceito operador, é um conceito que põem em movimento o pensamento.

⁸ O caminho metodológico será aprofundado na segunda seção deste trabalho.

configuração de um “enredo”. O enredo é crucial para a constituição de uma estrutura de narrativa. É através do enredo que as unidades individuais (ou pequenas histórias dentro de uma história maior) adquirem sentido na narrativa. Por isso a narrativa não é apenas uma listagem de acontecimentos, mas uma tentativa de ligá-los, tanto no tempo como no sentido. (Jovecholovitch, S; Gaskel, B. 2002, p. 90).

Outro recurso utilizado foi a realização de uma atividade no estilo “*rodas de conversa*”, que estão sendo cada vez mais utilizadas nos espaços públicos e científicos, para falar sobre assuntos pertinentes a uma determinada comunidade.⁹ Participaram da roda de conversa 9 psicólogas. Trata-se de um conceito sugerido por Campos (2007), que forja a idéia de produzir um modo de gestão dos coletivos em saúde inspirados na imagem da roda. Sua inspiração veio da roda de samba, dos espaços míticos do candomblé, das lembranças das brincadeiras de ciranda, nas quais cada um entra no jogo, sem interferir no ritmo do grupo. Então, a metáfora da roda é vista como um espaço democrático, com a idéia de movimento.

Além do material relativo às entrevistas e à roda de conversa, foi elaborado um diário de campo para registro dos diferentes momentos de elaboração/reflexão sobre o tema em foco (Víctoria, Knauth, *et al* 2000). Assim no processo de análise articularam-se as anotações descritivas e reflexivas relativas à inserção no campo, os dados coletados nas entrevistas e roda de conversa. Tais registros permitem que os afetos que vão se desenhando no território da pesquisa sirvam de importante análise (Rolnik, 2008).¹⁰ Desse modo, as observações e reflexões acontecem de uma forma dialógica.

1.1.4 Procedimentos para a coleta das informações

Seguimos os procedimentos legais indicados pela Comissão Científica da Faculdade de Psicologia e Comitê de Ética e Pesquisa da PUCRS. Após a aprovação do projeto de pesquisa (ANEXO 1) foi solicitada a realização da pesquisa, através de uma carta de apresentação juntamente com o termo de ciência (ANEXO 2) da responsável pela instituição, liberando o local para a realização das atividades. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1) foi entregue a cada participante como combinação e garantia do sigilo das informações, durante a realização da pesquisa bem como o contato para esclarecimento de dúvidas, em qualquer momento do processo. No entanto, para além dos atos burocráticos

⁹O I Congresso Brasileiro de Saúde Mental, possibilitou um eixo de trabalho chamado Rodas de Conversa, na qual participamos com a Roda de Conversa Pesquisas e práticas: desacomodando olhares sobre o cuidado em saúde.

¹⁰ Rolnik se utiliza de um método cartográfico para a produção de conhecimento, que visibiliza mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos, diante de universos que tornam-se obsoletos. ROLNIK, Suely.(2006) *Cartografia Sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. Porto Alegre: Sulina.

queríamos construir uma relação pautada pela ética do cuidado, ou seja, que comportasse diversidade, autonomia, maior grau de liberdade, por isso a ética é um ato de religação com o outro, com os seus, com a humanidade (Morin, 2007b).

1.1.5 Procedimentos para a análise das informações

A análise foi elaborada no sentido de associar os operadores da complexidade (Morin, 2007a) e a proposta de estudos das práticas discursivas e produção de sentidos (Spink; Gimenes, 1994; Spink, 1999) Conhecer é dar sentido ao mundo que habitamos, é se posicionar diante do que vivemos e diante das nossas práticas (Spink, 1994). É dar visibilidade à linguagem na interação social (Guareschi; Weber; Comunello, *et al*; 2006) tendo em vista que

ao significar as práticas, as pessoas produzem sentidos e posicionam-se em redes discursivas. Essa produção de sentido é, por sua vez, orientada pelas práticas discursivas, ou seja, pela forma como os sujeitos significam determinados discursos. Esse processo de significação engendra e posiciona os sujeitos em redes discursivas, fazendo com que produzam determinado modo de ser e de viver (Guareschi; Weber; Comunello, 2006, p.125).

Portanto, dar sentido é uma construção social, um empreendimento coletivo na dinâmica das relações sociais historicamente datadas e culturalmente localizadas, sendo que essas constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com situações e fenômenos a sua volta (Spink; Medrado, 1999). Essa perspectiva busca entender como se dá sentido aos eventos do cotidiano (Spink ; Frizza, 1999) e também construir um modo de observar os fenômenos sociais que tenham como objetivo a tensão entre a universalidade e a particularidade, entre o consenso e a diversidade, com o intuito da produção de uma ferramenta útil para transformações da ordem social (Spink ; Medrado, 1999).

Dessa forma, o pensamento torna-se uma prática social perpassada por dialogia (Spink; Menegon, 1999) e os discursos podem ser compreendidos como “*momentos de ressignificações, de rupturas, de produção de sentidos, ou seja, corresponde aos momentos ativos do uso da linguagem, nos quais convivem tanto a ordem, como a diversidade*” (Spink & Medrado, 1999, p.45). Relaciona-se com a Complexidade quando a produção de sentidos e discursos acontece a partir das relações dialógicas no espaço vivido. Os sentidos produzidos foram compreendidos nas possibilidades de estabelecer dialógicas, de contemplar processos recursivos e expressar a totalidade, seja nas relações entre as partes e nas incompletudes do todo. O aprofundamento das questões metodológicas será realizado na segunda parte deste trabalho.

Com base nessas considerações, elaboramos dois estudos que aqui estão divididos a fins didáticos de Seção I e Seção II. O primeiro estudo intitula-se “Integralidade, Complexidade, Produção de Cuidado e as Práticas Psicológicas” que buscou compreender a

relação das idéias de Integralidade e Cuidado na interface com as práticas da Psicologia nas políticas públicas de saúde. O segundo estudo intitulado de “Sentidos de cuidados nas práticas em psicologia” buscou compreender os sentidos de cuidado no trabalho dos(as) psicólogos(as) na saúde pública e como esse conceito ia se delineando nessas práticas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barros, M.E.B. (2006). Desafios éticos-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. In: Pinheiro, R.; Ceccim, R.B; Mattos, R.A. (orgs.). *Ensinar Saúde: a integralidade e o sus nos cursos de graduação da área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CESPESQ/ABRASCO, pp. 131-150.
- Barros, M.E.B (2007). Seria possível uma prática do cuidado não-reflexiva? O cuidado como atividade. In: Pinheiro, R; Mattos, R.A. *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro, CEPESC/IMS/UERJ:ABRASCO, pp. 113-126.
- Barros, M.E.B. (2008). De amoladores de faca e cartógrafos: a atividade do cuidado. In: In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. *Cuidado do cuidado: a responsabilidade com a integralidade das ações de saúde*. Rio de Janeiro, CEPESC/IMS/UERJ:ABRASCO, pp. 279-296.
- Boff, L. (1999). *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes.
- Boff, L. (2005). Cuidado essencial: princípio de um novo ethos. In: *Revista Inclusão Social*. 1(1). Brasília, pp. 28-35.
- Braga Campos, F. C.B; Guarido, E.L. (2007). O psicólogo no sus: suas práticas e as necessidades de quem o procura. In: Spink, M.J. (org.). *A psicologia em diálogo com o sus: prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, pp.81- 103.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2000). Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2006). *A construção do sus: histórias da reforma sanitária e do movimento participativo*. Brasília, Ministério da Saúde.
- Camargo Jr., K. R. (2003). *Biomedicina, saber e ciencia: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec.
- Campos, G.W.S. (2003). *Saúde paidéia*. São Paulo: Hucitec.
- Campos, G.W.S. (2007). *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. 3ªed. São Paulo: Hucitec.
- Ceccim, R.B.; Feuerwerker, L.C.M.(2004). Mudança na graduação sob o eixo da integralidade. In: *Cadernos de saúde pública*. 20(5), pp. 1400-1410.
- Conselho Federal de Psicologia (2009). Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. Disponível em: <http://crepop.pol.org.br/publicue/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home>
Acesso em: 04.11.2009.
- Deleuze, G. (1992). *Conversações*. Rio de Janeiro: Editora 34.
- Dimenstein, M.; Macedo, J.P. Desafios para o fortalecimento da psicologia no sus: a produção referente à formação e inserção profissional. In. Spink, M. J. (org). *A psicologia em diálogo*

- com o sus: prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, pp. 207-234.
- Ferreira, M. (2007). A atenção dos psicólogos ao SUS e as políticas públicas. In: Spink, M.J. (2007). *A psicologia em diálogo com o sus: prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo, Casa do Psicólogo, pp.19-22.
- Foucault, M (2007). *As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas*.9ªed. São Paulo: Martins Fontes.
- Giugliani (2007). Psicologia e políticas públicas.Entrevista cedida ao Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul. In: *Entrelinhas*. Porto Alegre, Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul. Ano VIII(38), p.6-7
- Guazina, F.M.N. (2005). Do sujeito aprisionado ao sujeito (re)inventado. Trabalho final de conclusão de curso. Não publicado. Santa Maria, RS: UNIFRA.
- Guareschi, N.; Weber, A.; Comunello, L. *et al.* (2006). Discussões sobre violência: trabalhando a produção de sentidos. In: *Psicologia reflexão e crítica*, 19(1), pp.122-130.
- Jovecholovitch; S; Bauer, M., 2002. Entrevista narrativa. In: Bauer, M.W; Gaskell, G (editores). *Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som: um manual prático*. Rio de Janeiro, Vozes, pp. 90-113.
- Luz, M. (2001). Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no brasil atual. In: Pinheiro, R; Mattos, R. A. (orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro, UERJ/IMS/ABRASCO, pp. 17-37.
- Matos, R.L. (2004). A psicologia como prática político-social. In: Nascimento, C.A.T; Lazzarotto, G.R; Hoenisch, J.C.D (orgs.). *Psicologia e políticas públicas: experiências em saúde pública*. Porto Alegre:CRPRS, pp.17-30.
- Mattos, R.A. (2001). Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, R; Mattos, R. A. (orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESQ/ABRASCO, pp. 39-64.
- Merhy, E. E. (1998). A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: MALTA, D. C. et al. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – reescrevendo o público*. Belo Horizonte: Xamã/VM Ed.
- Merhy, E.E. (2004). O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: Franco, T. B.; Peres, M.A.A.; (Orgs.). *Acolher Chapecó. Uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho*. São Paulo: Hucitec, pp.21-45.
- Merhy, E. E. (2005). Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. (Org.). *Construção social da demanda*. 1 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESQ-ABRASCO, 2005, v. 1, p. 195-206.

- Morin, E. (2003). *A cabeça bem-feita: reformar a reforma, reformar o pensamento*. 8ª.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Morin, E. (2007a). *O método 5: a humanidade da humanidade*. Porto Alegre: Sulina.
- Morin, E. (2007b). *O método 6: ética*. Porto Alegre: Sulina.
- Morin, E. (2008). *Ciência com consciência*. 11ª.ed. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil.
- Pinheiro, R. (2001). As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro, R; Mattos, R. A. (orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro, UERJ,IMS:ABRASCO, pp. 65-112.
- Pinheiro, R; Guizardi, F. (2006). Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. (orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. 3ªed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, pp.21-35.
- Pinheiro, R; Mattos, R.A. (2007). Apresentação. In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, pp. 9-11.
- Ribeiro, R.J. (1999). Não há pior inimigo do conhecimento do que a terra firme. In: Tempo Social. Revista de Sociologia da USP, 11(1), pp.189-195.
- Rolnik, S. (2006). *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. Porto Alegre: Sulina.
- Severo, S. (2006). A transdialógica na integralidade da atenção à saúde: a organização da saúde e a saúde da organização. Dissertação de Mestrado não-publicada. Porto Alegre: PUCRS.
- Seminotti, N; Severo, S. (2007). O sujeito e a coletividade: um caminho transdialógico na saúde coletiva. In: *Psicologia USP*, 18(4), pp. 53-78.
- Silveira, E.R. (2007). Ressonâncias dialógicas. In: *Entrelinhas*. Porto Alegre, Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul. Ano VIII(38), p.4
- Silva, J.M. (2006). Em busca da complexidade esquecida. In: Castro, G; Carvalho, E.A.; Almeida, M.C. (orgs.) *Ensaio de complexidade*. Porto Alegre: Sulina, pp. 93-102.
- Scarparo, H. (2005). *Psicologia comunitária no rio grande do sul*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Scarparo, H.; Guareschi, N. (2008). Refletindo sobre a pesquisa e produção de conhecimento. In: Scarparo, H. (org.) *Psicologia e pesquisa: perspectivas metodológicas*. Porto Alegre, Sulina, pp. 17-26.
- Scarparo, H. (2009). A psicologia social: pesquisa, formação e intervenção. In: Tatsch, D.T; Guareschi, N.M.F; Baumkartem (orgs.). *Tecendo relações e intervenções em psicologia social*. Porto Alegre: ABRAPSO SUL, pp.130-138.

Spink, M.J.; Gimenes, M.G. (1994). Práticas discursivas e produção de sentido: apontamentos metodológicos para a análise de discursos sobre saúde e doença. In: *Saúde e sociedade*, 3(2), pp. 149-171.

Spink, M.J. (1999). *Práticas discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: aproximações teóricas e práticas*. São Paulo: Cortez.

Spink, M.J.; Medrado, B. (1999). Produção de Sentido no Cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para a análise das práticas discursivas. In: Spink, Mary Jane. (org.) *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: aproximações teóricas e práticas*. São Paulo: Cortez, pp. 41-61.

Spink, M.J.; Frezza, (1999). Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da psicologia social. In: Spink, Mary Jane. (org.) *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: aproximações teóricas e práticas*. São Paulo: Cortez, pp. 41-61.

Spink, M.J; Menegon, V. (1999). A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: Spink, Mary Jane. (org.) *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: aproximações teóricas e práticas*, pp. 63-92.

Víctoria, C.G.; Knauth, Riva, D, *et al* (2000). *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

2 SEÇÃO I - INTEGRALIDADE, COMPLEXIDADE, PRODUÇÃO DE CUIDADO E AS PRÁTICAS PSICOLÓGICAS.

INTRODUÇÃO

Essa reflexão tem o escopo de apresentar alguns apontamentos sobre as práticas psicológicas nas políticas públicas de saúde, a partir do paradigma da Complexidade, das noções de integralidade e da produção de cuidado como operadores, ou seja, conceitos que colocam o nosso pensamento em movimento. O SUS apresenta-se como um cenário importante para essas discussões, pois de acordo com Luz (2001), a saúde na cultura atual do mundo capitalista contemporâneo está se tornando depositária de significados e de sentidos importantes (Luz, 2006).

Atualmente, o SUS é considerado por muitos uma realização efetiva na sociedade brasileira, motivo pelo qual o Ministério da Saúde lançou, no final de 2008, uma campanha do SUS como Patrimônio Social Imaterial da Humanidade, visibilizando os avanços e os ganhos do sistema. Com isso, pretende mostrar não só a relevância do sistema na política de saúde, mas também apontar os seus retrocessos e desafios no cotidiano dos dispositivos de atendimento (Brasil, Conselho Nacional de Saúde, 2008).

O presente estudo se justifica, então, pela necessidade de fortalecer o debate acerca do tema, reconhecendo os lugares ocupados pela psicologia brasileira nas políticas públicas, ao longo de sua história, especialmente a partir dos movimentos que instituíram o SUS. Há uma flagrante urgência em problematizar tal questão, considerando-se os contínuos processos de fragmentação que são, muitas vezes, deflagrados pelas práticas psicológicas. Esses processos são evidentes nos currículos dos cursos de formação, aqui entendidos hologramicamente. Boa parte deles explicita a opção por uma proposta de formação que prioriza um modo particular de exercício da clínica. Trata-se, na maior parte das vezes, de uma prática ordenada por uma lógica privatista, individualizante e descontextualizada do andar da vida dos(as) usuários(as) dos serviços. Tal idéia evidencia que a formação acadêmica, muitas vezes, negligencia a contribuição da Psicologia no espaço público (Giugliane, 2007; Silveira, 2007).

O ingresso no campo das políticas públicas exige contínuas revisões dos modelos de atuação. Caso contrário ampliam-se as impossibilidades de construir práticas voltadas para a cidadania e comprometidas com o social (Dimenstein, 2001). O exame da história da psicologia no Brasil revela uma não familiaridade com o tema das políticas públicas. Contraditoriamente a isso, a Psicologia tem apresentado um campo vasto de possibilidades para o profissional dessa área. Percebemos, então, cada vez mais que vem crescendo no

campo das políticas públicas uma grande possibilidade de inserção do trabalho do(a) psicólogo(a) (Guareschi, 2007).

Em função desse potencial, a Psicologia é desafiada a enfrentar esse campo de problematização, na medida em que disponibiliza ferramentas importantes para as políticas públicas que podem “*enfrentar os processos de exclusão social vividos por parcelas significativas da população: vínculo, escuta, cuidado, intervenções coletivas, aproximações com o território¹¹ e redes/conexões estabelecidas pelos sujeitos enquanto estratégias de existência*” (Giugliani, 2007, p.6). Seguindo a autora, a Psicologia nesse campo é compelida a dialogar com toda e qualquer contribuição humana que traduza a contextualização e compreensão da realidade das produções vividas pelos sujeitos na vida cotidiana.

A partir dessas considerações, faremos o seguinte percurso, que neste texto, está dividido em função meramente estrutural, pois entendemos que esses processos se estabelecem em movimento, tendo em vista a complexidade das relações que nele se estabelecem, que significa estar pautado em contínuas transformações. Num primeiro momento, apresentaremos um histórico do surgimento do SUS sublinhado pela concepção de Integralidade, tendo como pano de fundo a complexidade desta noção; discutiremos a idéia de produção de cuidado a partir das noções de Integralidade. Num segundo momento, trataremos da contextualização das práticas psicológicas no SUS. Para finalizarmos, propomos uma problematização dessas práticas perpassado pelos conceitos de Integralidade e Produção de Cuidado para a ação nos espaços públicos de saúde, defendendo a idéia de que esses apontamentos nos direcionam a uma fazer ético, atravessado pela lógica do cuidado.

2.1 Da construção do SUS à invenção da integralidade como princípio das práticas de saúde.

2.1.1 O cenário anterior ao SUS.

O ano de 2008 marcou os 20 anos da construção do Sistema Único de Saúde no Brasil. O SUS surgiu no cenário brasileiro como um acontecimento político importante no desenvolvimento das ações de saúde. Podemos considerar a criação e a implantação gradativa do Sistema Único de Saúde (SUS) como uma das reformas sociais mais importantes realizadas no País.

Muitos foram os protagonistas que, desacomodados com o sistema de saúde anterior à Reforma Sanitária, travaram lutas para uma saúde mais democratizada para todos os brasileiros (Brasil, Ministério da Saúde, 2006). A construção do SUS está relacionada à

¹¹ Noção diferente da clássica definição do IBGE. Estamos compreendendo território como espaços produzidos pelos sujeitos os quais habitam, produzem e consomem de múltiplas formas um determinado lugar. Constitui-se como espaço-processo aberto a novas configurações; é o espaço do vivido (Rückert; Misoczky, 2002).

resistência a um determinado modelo de sistema de saúde subsidiado pela medicina científica¹² que se exprimiu no Movimento da Reforma Sanitária. Esse estava consoante com a proposta de uma racionalidade médica clássica. Tal racionalidade evidenciava uma teoria da medicina que afirmava a doença, excluindo o indivíduo. Esse saber da medicina clássica constituía-se sobre a doença, a lesão e não sobre o ser humano (Camargo Júnior, 2003).

O modelo questionado era baseado num modo de pensar a saúde estruturado em lógicas lineares e simplificadoras. Mendes (1980), Polanco (1985), e Novaes (1990), citados por Silva Junior (1998), sintetizam os pressupostos da medicina científica: o mecanicismo - corpo visto como máquina com a possibilidade de separação em partes; o biologicismo - exclusivo e prioritário reconhecimento da natureza biológica das doenças, com a exclusão de seus determinantes sociais e econômicos; o individualismo, tomando a pessoa como objeto, com ênfase em práticas de intervenções individuais (Silva Júnior, 1998).

Essa racionalidade linear e de simplificação dos conhecimentos, contribuiu para a fragmentação do saber que diz respeito “*ao conjunto dos princípios de inteligibilidade próprios da cientificidade clássica, e que, ligados uns aos outros, produzem uma concepção simplificadora do universo (físico, biológico, antropossocial)*” (Morin, 2008, p.330). Além disso, prioriza a universalização dos saberes, a redução do conhecimento em suas partes; um isolamento e uma separação do objeto de estudo do seu ambiente; uma eliminação do sujeito conhecente no campo da pesquisa; e toda a contradição no ato de produzir conhecimento aparece como condição errática (Morin, 2008). Isso acompanhou as práticas de saúde da medicina clássica.

Essas práticas, no século XVIII, priorizaram o hospital como locus de centros de diagnósticos e de tratamentos (Silva Jr., 1998). No entanto, até o final do século XVIII, os hospitais não eram considerados como instrumentos terapêuticos. Eram, principalmente, instituições de assistência aos pobres, numa lógica de separação e exclusão. Foi só a partir do final do século XVIII que o hospital ganhou um caráter de uma maquinaria de fazer curar que se produz a partir dos efeitos patológicos, carentes de serem corrigidos (Foucault, 2007a). Efeitos que incidiam sobre o corpo, visto como uma realidade biopolítica ao focalizar nele estratégias de controle e possibilidades de poder sobre a vida (Foucault, 2007a). Com isso, foram constituídas estratégias e tecnologias disciplinares que esquadrinham, desarticulam e recompõem o sujeito, numa relação docilidade-utilidade (Foucault, 2007b). Esses movimentos produziram práticas lineares e simplificadoras, priorizando a potência de uma verdade sobre o sujeito.

¹² Modelo hegemônico na saúde que prioriza a biologização do adoecimento, medidas curativas em detrimento das preventivas e à intervenção direcionada ao indivíduo.

Inúmeras práticas de saúde foram tecidas a partir dessa escolha epistemológica. Práticas dissociadas do andar da vida das pessoas, práticas que iam de encontro aos direitos do cidadão, práticas de não cuidado. Isso aparece nos processos de dicotomizações no campo da saúde. São elas saúde/doença; indivíduo/coletivo; saúde pública/saúde coletiva, entre outras.

No campo da saúde mental, temos, infelizmente, inúmeros exemplos de práticas de saúde extremamente desrespeitosas com os direitos humanos. Um exemplo disso foram as práticas de internamento nos hospitais psiquiátricos, que tinham como uma estratégia de saúde o fechamento, simbolizadas pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída (Goffman, 1999). Várias tecnologias serviam de formas de assujeitamento e docilização, como o eletrochoque e os exercícios de manutenção ou aprendizagem da disciplina (Moffat, 1991; Foucault, 2007b). Essas estratégias voltadas para o corpo foram bases de investimento da sociedade capitalista (Foucault, 2007a).

Somado a isso, esse paradigma é baseado também num

distanciamento dos interesses dos usuários; isolamento que produziu na sua relação com os outros trabalhadores de saúde; desconhecimento da importância das práticas de saúde dos outros profissionais; e, predomínio das modalidades de intervenção centradas nas tecnologias duras, a partir de um saber estruturado reduzido à produção de procedimentos (Merhy, 1998, p.8¹³).

A atenção em saúde era marcada também pela fragmentação. Além disso, as relações entre os indivíduos, geralmente, eram centradas nos procedimentos e na doença, negligenciando os encontros singulares entre as pessoas (Silva; Gomes, 2008). Dessa forma, o modelo tecno-assistencial era centralizado nas ações de saúde. Essas ações eram fragmentadas com ênfase na burocratização (Cecílio, 1997). Tais fragmentações das práticas obstaculizam ainda a percepção da saúde como complexidade.

2.1.2 O SUS e suas complexidades

A partir de reflexões críticas acerca desse processo de fragmentação, no final da década de 70, intensificaram-se os movimentos sociais que buscaram construir um novo modelo de atenção à saúde, que pudesse dar conta dessas disjunções acerca do saber sobre os processos de saúde. O Movimento de Reforma Sanitária nasceu como uma possibilidade de resistência de vários atores sociais, ao modelo de sistema de saúde subsidiado pela medicina científica e aos efeitos de monofonia do paradigma clássico. A partir de então, foram gestados os princípios de universalidade, equidade e integralidade da saúde como direito de qualquer cidadão e como dever do Estado (Passos & Benevides, 2005). O ideal de cidadania se

¹³ Disponível em <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy> Acesso no dia 20.05.2009.

presentificou no cotidiano dos movimentos sociais, potencializando críticas às práticas hegemônicas.

Como uma possibilidade de resistência ao modelo hegemônico, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) apareceu como um marco na consolidação de um novo sistema porque conseguiu explicitar que a saúde não é um conceito abstrato e que ela é resultante de várias condições como trabalho, transporte e lazer. A Conferência partia do pressuposto que a saúde deveria ser concebida e definida dentro de uma realidade histórica de cada sociedade. Outra questão importante assinalada foi o processo de ressignificação da concepção de direito à saúde. Por direito à saúde, entendia-se a garantia do acesso igualitário das condições de atendimento garantidas pelo Estado. Com isso, o Estado necessitava assumir explicitamente uma política de saúde que pudesse fazer valer esses meios (Brasil, Ministério da Saúde, 1988).

No Brasil, até 1988, ano da promulgação da Constituição Federal, a saúde não era oficialmente considerada como um direito para todos. Não constava também como pauta na Declaração do Homem e do Cidadão, marco da revolução francesa. Atualmente, a Organização Mundial de Saúde defende a saúde como um direito

que se estrutura não só como reconhecimento da sobrevivência individual e coletiva, mas como direito ao bem-estar completo e complexo, implicando as condições de vida articuladas biológica, cultural, social, psicológica e ambientalmente, conforme a tão conhecida definição da OMS – Organização Mundial da Saúde (Brasil, Ministério da Saúde, 2006, p.18).

O artigo 196 da Constituição Federal indica que a saúde passou a ser considerada como *direito de todos e dever do Estado, “baseada em políticas sociais que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”* (Brasil, 2006, p.33). Ressaltamos também que o artigo 198 sinaliza que as ações e os serviços de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada. Essa rede está organizada mediante algumas diretrizes, dentre as quais está a busca de atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (Brasil, 2006). A perspectiva da integralidade inaugura a radicalização das especificidades dos contextos de inserção e, conseqüentemente, dos movimentos que lhe são peculiares.

Outro princípio diz respeito à universalidade que ratifica a saúde como um direito de todos, colocando o Estado como provedor de saúde, tanto nas ações preventivas quanto curativas e em todos os níveis de complexidade do sistema numa relação dialógica (Morin, Morin, 2008). Somamos a esse, o princípio da equidade que se refere à igualdade da assistência sem preconceitos e privilégios de qualquer espécie, respeitando a dignidade

humana. Desse modo o conceito de equidade ganha força e propõe a inclusão/articulação das diversidades que compõem os sujeitos e as necessidades de saúde, o que leva a construção continuada de outros mundos possíveis, baseados em processos de igualdade, multiplicidade e a construção de outros territórios do existir. Nesse sentido, é possível relacioná-lo com a idéia de *Unitas Multiplex*, uma vez que considera a unidade na diversidade e a diversidade na unidade (Morin, 2007; Morin, 2008). Tal idéia trata de, ao mesmo tempo, “*reconhecer a unidade dentro do diverso, o diverso dentro da unidade; de reconhecer, por exemplo, a unidade humana em meio às diversidades individuais e culturais, as diversidades individuais e culturais em meio à unidade humana*” (Morin, 2003, p.25). Dessa forma considera a horizontalidade das relações entre parte-todo, na medida em que reconhece a multiplicidade das necessidades de saúde da população. Outro princípio previsto pela lei 8080/90 do SUS é o controle da sociedade, através das Conferências e dos Conselhos de Saúde, sublinhado a participação dos(as) usuários(as) neste processo (Brasil, 1990; Serra, 2006).

Com a Reforma Sanitária houve torções e problematizações em diversos conceitos de saúde. Um exemplo disso foi à preocupação com a construção de um modelo tecno-assistencial que pudesse dar conta da organização de redes de cuidados resolutivas. A idéia da pirâmide¹⁴ como primeira figura inspiradora, colocava em sua base maior as unidades de saúde, responsáveis pela atenção primária, direcionada para a construção de uma verdadeira “porta de entrada” para os outros níveis de complexidade tecnológica. Atualmente, estudos relativizam a idéia da pirâmide, propondo um arredondamento da hierarquização da pirâmide, relatizando as “portas de acesso” ao sistema, tendo em vista que as partes que compõem o SUS sejam complementares e recursivas (Cecílio, 1997).

Na seqüência, o autor, afirma que na parte intermediária estariam os serviços de atenção secundária (ambulatórios e serviços especializados) e no topo o hospital como dispositivo de maior complexidade. Tal projeto ratificou o ideal de democratização do acesso aos serviços, a “*porta de entrada*” como acesso universal e a rede básica como locus privilegiado de atenção à saúde e a hierarquização como estratégia de racionalização dos recursos existentes. Com isso, buscava-se um atendimento integral e humanizado em saúde.

Como podemos observar o SUS vai constituindo-se de uma rede complexa. Nessa perspectiva olharmos para o SUS a partir da complexidade é percebermos a saúde como composição de paradoxos, emaranhados, como espaços de articulações. De acordo com Severo (2006) no SUS ocorre a inter-relação entre lógicas distintas como saúde pública e saúde coletiva; saúde e doença; sujeito e coletivo; teoria e prática. Entendemos que o sistema traz relações antagônicas, mas que, ao mesmo tempo, são complementares, numa relação

¹⁴ A pirâmide é a figura clássica para representar o modelo tecno-assistencial do Sistema Único de Saúde.

dialógica. Esses conceitos, na maior parte das vezes, tornam-se ambivalentes, no que tange ao trabalho em saúde, nas práticas cuidadoras. Com isso, produz conhecimentos e verdades a partir de uma lógica linear e simplificadora (Morin, 2008).

Tal postura nos remete à questão da Integralidade, como uma noção fundamentalmente significativa nas discussões do SUS, já que um dos sentidos de Integralidade é uma recusa ao reducionismo e à objetivação dos sujeitos. Mais do que isso é uma aposta na abertura de possibilidades de diálogos (Mattos, 2001). Além disso, há nesse conceito várias produções de sentido que apresentam como finalidade um atendimento integral, humanizado e que responda às demandas de uma forma comprometida com as necessidades de saúde da sociedade.

A idéia de Integralidade tem potencializado questionamentos sobre a produção de cuidado na saúde na medida em que esses questionamentos ultrapassam as competências técnico-científicas do modelo biomédico, atingindo as práticas de trabalho (Machado, F.R.; Pinheiro. R ; Guizardi 2006). Diante disso, a Integralidade pode ser entendida como um dispositivo político de configurações múltiplas que assume o cuidado como a expressão de sua potência. Desse modo, critica a validade universal da racionalidade ocidental moderna, no que concerne à sua organização social, científica e cultural (Pinheiro; Guizardi, 2006).

Essas reflexões nos mostram que as idéias acerca da Integralidade e da produção de cuidado promovem rupturas com a lógica cartesiana que separa sujeito e objeto; finalidade e causalidade; sentimento e razão; existência e essência (Morin, 2003). Ou seja, elas habitam territórios do pensamento Complexo, pois o contexto da saúde é transversalizado pela diversidade de saberes (Severo, 2006). Entretanto, são poucos os espaços dialógicos seja nos dispositivos de cuidado seja na gestão.

A diversidade presente nas práticas relativas ao SUS indica a pertinência de apoiar reflexões sobre intervenções em saúde coletiva no Brasil, no pensamento complexo. O operador hologramático, por exemplo, permite compreender que movimentos ou práticas cotidianas não podem ser compreendidos isoladamente, pois são partes que contemplam a totalidade dos processos sociais relativos à saúde. Dessa maneira, a saúde passa a ter um conjunto de significados e de sentidos que não encontram repouso necessariamente numa ordem racionalizada (Luz, 2006). Quando postulamos que a parte contempla a totalidade, estamos reafirmando a participação como condição fundante dos processos de implementação do SUS. Trata-se de expressarmos uma política social que incita repensarmos continuamente as relações de vida democráticas (Carvalho, 2007).

2.2 Da construção da integralidade à produção de cuidado em saúde.

Estudos acerca da integralidade têm partido da idéia de cuidado para problematizar as relações que se estabelecem na saúde coletiva (Mattos, 2001).¹⁵ Examinando a polissemia da palavra integralidade, o autor tece considerações sobre três sentidos. O primeiro relacionado com a concepção da medicina integral que faz uma crítica a visão médica, reducionista sublinhando a dimensão biológica em detrimento da psicológica e social. Essas práticas acabavam recortando e fragmentando a visão sobre o sujeito, principalmente a partir da visão do especialista. Para essa medicina integral, integralidade:

(...)teria a ver com a uma atitude dos médicos que seria desejável, que se caracterizaria pela recusa em reduzir o paciente ao aparelho ou sistema biológico que supostamente produz o sofrimento, e, portanto, a queixa do paciente” (Mattos, 2001, p.46).

No entanto, essas práticas no Brasil estavam alinhadas com perspectivas assistenciais e ainda produtoras de dicotomias nas relações com os serviços e com os(as) usuários(as). O segundo sentido está calcado na crítica da organização da saúde dentro de uma perspectiva verticalizada. A integralidade *“não é mais uma atitude, mas uma marca de um modo de organizar o processo de trabalho, feita de modo a otimizar o seu impacto epidemiológico”* (Mattos, 2001, p.56) Tal crítica, vinha de um modelo hospitalocêntrico que fazia a distinção entre as práticas de prevenção das práticas assistências.

O autor traz como explicitação dessas práticas dicotômicas, o exemplo de um homem com hérnia inguinal, diabetes e tuberculose que tinha de dar entrada em três pontos distintos do sistema de saúde. Com isso, a noção de integralidade trabalha com a horizontalização do acesso e da atenção em saúde, em vários níveis de complexidade (Mattos, 2001). Isso apresenta efeitos nas práticas de cuidado, na medida em que ampliou o acesso dos(as) usuários(as) a todas as tecnologias de cuidado da assistência em saúde.

E, por último, aborda a integralidade relacionada com as políticas especiais dentro do sistema de saúde. Mattos (2001) define essas *“políticas especificamente desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde, ou aos problemas de saúde que afligem certo grupo populacional”* (Mattos, 2001 p.57). Reforçamos, a partir dessas polissemias, que a Integralidade é um *“dispositivo político, de crítica de saberes e poderes instituídos, por práticas cotidianas que habitam os sujeitos nos espaços públicos a engendrar novos arranjos*

¹⁵ Terminologia tipicamente brasileira a partir da discussão do Movimento Sanitário que propõe uma ruptura com o conceito de saúde pública, ligado às ações do Estado voltadas para combater epidemias e endemias, com crescente medicalização social (Minayo, 2007; Birman, 2005). Portanto, Saúde Coletiva ultrapassa as questões biomédicas (Mynaio, 2007). É uma postura política. Seu objeto é a relação dos indivíduos no território que habitam. Demanda saberes inter e transdisciplinar (Braga campos; Guarido, 2007).

sociais e institucionais em saúde” (Pinheiro, R.; Guizardi, F, 2006, p.21). Dessa maneira, alinha-se na perspectiva complexa que intenciona dar conta do despedaçamento dos saberes sobre o sujeito e a vida (Morin, 2007a; Morin, 2008). Tal relação é possível na medida em que assumimos a Integralidade como prática social que nos lança ao reconhecimento das diversas formas de ver o mundo. Portanto, também é dimensão política, pois ela nos remete ao andar da vida das pessoas (Pinheiro, R.; Guizardi, F. 2006, p.22). É uma imagem-objeto, uma bandeira de luta:

um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns (diria eu, por nós), desejáveis. (...) elas se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária (Mattos, 2001, p.41).

Em seu arcabouço ideológico-teórico, O SUS tinha como escopo uma bandeira de luta que realizasse uma torção radical nas estruturas do setor. Isso justifica, portanto, a busca da descentralização da gestão, a atenção integral dos cuidados para com o sujeito e para com a população através do controle social dialogando com a gestão, numa relação mais horizontalizada e menos burocrático (Rio Grande do Sul, Ministério da Saúde, 2002).

Diante disso, a concepção de Integralidade foi um operador potente para que a não fragmentação das ações de saúde acontecessem. Por isso, a Integralidade é uma das prioridades do SUS, que significa assistência ao(a) usuário(a), em todas as suas possibilidades; *“isto vai desde a garantia de boas condições de vida, de ser acolhido nas Unidades de Saúde, até possuir acesso a todas as tecnologias de cuidado”* (Franco, 2007, p.12). Somado a isso, a participação da comunidade, através dos conselhos de saúde, ganha força, porque garantem ao(a) usuário(a) o direito de decidir sobre todos os processos que circundam a saúde. Assim, o campo que se configurou como Saúde Coletiva (termo especificamente brasileiro) propôs uma radical transformação nos pressupostos que constituíram o campo da Saúde Pública. Isso representou uma

inflexão decisiva para o conceito de saúde. Um de seus efeitos certamente é o de reestruturar o campo da Saúde Pública, pela ênfase que atribui à dimensão histórica e aos valores investidos nos discursos sobre o normal, o anormal, o patológico, a vida e a morte. De fato, o campo teórico da Saúde Coletiva representa uma ruptura com a concepção de saúde pública, ao negar que os discursos biológicos detenham o monopólio do campo da saúde (Birman, 2005, p.14).

Essas especificidades se articulam com as idéias da integralidade que hologramatizam os saberes. Ou seja, horizontaliza as disciplinas, uma vez que entende que todo conhecimento das diversas disciplinas da saúde são parte e todo, compondo uma organização aberta à entrada de novos saberes. Com esse campo pôde-se incorporar no discurso científico, o complexo “promoção-saúde-doença-cuidado” em uma nova perspectiva paradigmática. (Almeida Filho; Paim, 1998). Foi a partir dessa mudança que a idéia de multi, inter e

transdisciplinaridade puderam ser uma das marcas desse campo, na medida em que a saúde “*demandava diferentes leituras e permite a construção de diferentes objetos teóricos*” (Birman, 2005). Através disso, houve a produção de saberes e conhecimentos acerca da saúde a partir de lógicas distintas, não somente na esfera teórica, mas principalmente no âmbito das práticas (Almeida Filho; Paim, 1998). Tais idéias ganharam visibilidade a partir das práticas de integralidade, pois essas práticas se estabelecem no território da vida e a relação de ordem-desordem-organização dos serviços (Morin, 2008).

Esse percurso acerca dos sentidos da Integralidade nos foi importante, pois a Integralidade se relaciona com linhas de produção de cuidado, que significam “*uma assistência que se produz por fluxos contínuos entre os serviços, com o acesso assegurado e tranquilo do usuário, a toda a rede assistencial, buscando os recursos necessários à resolução do seu problema de saúde*” (Franco, 2007, p.12). Isso se relaciona fortemente com a idéia de vínculo, de acolhimento e de responsabilização com os(as) usuários(as) da rede de atenção à saúde (Franco, 2007; Merhy, 1998; Merhy, 2005). Práticas de integralidade acima de tudo são práticas de cuidado e se relacionam com a vida presente (Silva; Gomes, 2008). Vida como movimentos, possibilidades de articulações, vínculos, expressões, possibilidades de diálogos, interlocuções.

Levando isso em consideração, o cuidado é a expressão da atividade humana que elege a saúde como um direito de ser através dos sentidos das ações em saúde, reafirmando as práticas como atos de uma produção humana (Pinheiro; Guizardi, 2006; Pinheiro e Mattos, 2007). Coloca um desafio para os serviços públicos na medida em que as relações de cuidado ultrapassam as competências técnico-científicas do modelo biomédico atingindo às práticas de trabalho (Machado, F.R.; Pinheiro. R & Guizardi 2006).

Em todo ato de saúde coexistem três tecnologias que estabelecem uma relação dialógica no campo da saúde, através das práticas de trabalho. As tecnologias duras que são os equipamentos tecnológicos como máquinas, normas, protocolos. As tecnologias leve-duras referem-se aos saberes que operam no trabalho em saúde e as leves que são as tecnologias de relação. Essas encontram guarida nas linhas de cuidado que se expressam na “*produção de vínculo, autonomização, acolhimento, e na gestão como uma forma de governar processos de trabalho*” (Merhy, 2005, p.49; Franco, 2007) como referido anteriormente. Portanto o trabalho se constitui sempre vivo e em ato, ou seja, centrado na relação da produção de atos cuidadores, caracterizado pelas tecnologias relacionais, nas quais a dimensão das práticas de cuidado são extremamente relevantes (Merhy, 2005).

As questões relacionadas ao cuidado aparecem na lógica do SUS a partir dos princípios norteadores do sistema. Não há no texto constitucional, nenhuma referência

específica ao cuidado. É através da concepção de integralidade que o cuidado adentra como uma possibilidade na lógica do Sistema Único de Saúde, uma vez que as práticas de integralidade direcionam o cuidado como um conceito forjado que tem servido de potência de vida.

A fábula de Higino¹⁶ nos surgiu inspiradora, porque descreve as peculiaridades da relação do humano com o cuidado. O humano na dialógica corpo/espírito/humanidade. Para Boff (2005), Higino a partir da fábula coloca o humano como ser de cuidado. Ayres (2004), a partir da leitura de Heidegger

aponta a situação simultaneamente temporalizada e atemporal, determinada e aberta, coletiva e singular do ser humano. Estas e outras polaridades são tornadas possíveis e indissociáveis por que o humano é o "ser que concebe o ser", faculdade esta, por seu turno, constituinte mesma do seu próprio existir. (Ayres,2004, p.21-22).

Com isso, o autor, sublinha a dimensão ontológica do cuidado. Para Boff (2005), essa dimensão entra na constituição do ser humano e funda-se através das ações. Traz duas concepções da filologia da palavra cuidado. Primeiramente, o cuidado na perspectiva de cura, do latim *coera* num sentido que contempla as relações de amor e de amizade (Boff, 1999). A outra dimensão remete de *cogitare-cogitatus*, que toma a lógica do cuidar como “*cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e preocupação*” (Boff, 1999, p.91).

Nessa medida, retomamos a discussão acerca da dissociação entre sujeito e o objeto ao qual nos relacionamos. A idéia de cuidado possibilitou reafirmar a relação sujeito-sujeito. O cuidado não é da ordem do *logos*, mas da ordem do *pathos*, é a expressão da afetividade. Subverte o cogito cartesiano (penso, logo existo) transformando-o em *Sentio ergo sum* (sinto, logo existo), reafirmando, a partir de uma premissa complexa, a reintrodução do sujeito e objeto como partes constituintes da relação que estabelecemos (Morin, 1998; Boff, 2005). É a racionalidade em seu contrário quando marginaliza a razão (Morin, 2007b). Dessa forma, introduz a questão do afeto nas práticas de trabalho. O exercício do cuidado não segue processos lineares e remete, muitas vezes, a nossa dimensão *demens*, ou seja, as relações de cuidado também denunciam nossos avessos e imprevisibilidades.

Por isso, a dimensão do cuidado como processualidade, como movimentos de devires, de acontecimentos, de encontros de práticas integrais. Cuidado é ação, é prospecção, é uma das políticas de ação da Integralidade. Não se constitui apenas de movimentos meramente técnicos, mas também de práticas de alteridade, isto é de abertura ao outro (Carvalho, 2006).

¹⁶ Heidegger, M. *Ser e o tempo*. Petrópolis: Vozes.

Cuidar implica movimentos de intimidade, de encontros de construção de vínculos, acolhimentos (Boff, 1999).

Nesse sentido, integralidade e cuidado se relacionam com as nossas anterioridades, com nossas memórias, com movimentos nostálgicos (Xavier & Guimarães, 2006). Movimentos que buscam rearticular o que hoje nos surge partido, fragmentado, na busca de cuidados integrais. Dessa forma, relaciona-se com a integralidade que é “*a expressão, no campo da Saúde, do caminho-caminhar de retorno ao hóló, o todo-inteiro*” (Xavier; Guimarães, 2006, p. 152). É no cuidado que a integralidade torna-se signo, a partir de seus vários sentidos.

Cuidado implica uma conformação prática que visa à ampliação e flexibilização e à práticas das tecnociências em saúde. Desse modo, relaciona-se com a “*designação de uma atenção a saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde*” (Ayres, 2004, p.22). O contato com a perspectiva da integralidade e a invenção de práticas que as contemplem, justificam a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH). Humanização como a valorização dos diferentes atores implicados no processo de produção de saúde, sejam eles(as) usuários(as), trabalhadores e gestores (Brasil, 2004). Com princípios norteadores encontram-se “*a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, e o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão*” (Brasil, 2004, p.8, 9).

A PNH apresenta-se como uma política transversalizadora que tem na humanização e nas práticas, a responsabilização dos cuidados a todos(as) usuários(as) do seu território de atuação. Assim, a humanização aparece como uma estratégia de interferência nas práticas de saúde “*levando em conta que sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo*” (Benevides, 2005, p.391).

Constitui-se transversalizadora porque a lógica da especialização levou a fragmentação não só do campo do conhecimento quanto o da prática produzindo efeitos importantes (Morin, 2008). Um exemplo disso refere-se à relação do trabalhador com o mundo do trabalho. Para Schwartz (2009), o trabalho em saúde, historicamente, é marcado pelo domínio das competências, da operacionalização das atividades e da fragmentação dos processos de trabalho. Essas cisões se manifestam diariamente nos atos de saúde, nos encontros com os(as) usuários(as) dos serviços.

Nessa perspectiva, entendemos que o conjunto de atos de trabalho produz distintos modos de cuidar, e que os saberes e práticas implicados com a construção dos atos cuidadores também conformam os modelos de atenção à saúde (Merhy, 2005). Para isso, Campos (2000) relativiza as especificidades das competências profissionais propondo a dialógica entre as práticas de núcleo e as práticas de campo. As primeiras reportam às identidades de cada profissão com suas respectivas habilidades. As segundas como práticas transversais, de limites imprecisos que dialogam para operar diferentes modos de cuidar. Quando nos reportamos ao cuidado, não o apreendemos, meramente, como um nível de atenção do sistema de saúde, ou como um procedimento técnico, mas como uma ação integral, que tem significados voltados para a compreensão da saúde como direito de ser no sentido de respeitar a diferença (Pinheiro ; Guizardi, 2006).

O cuidado em saúde é muito mais do que ações pautadas em conhecimentos técnicos e atitudes prescritoras. Está para além dos procedimentos protocolares e ultrapassa as hierarquizações do sistema. É um conceito polissêmico e, como tal, se estabelece na relação entre a unidade e a diversidade (Pinheiro, 2007). Dessa maneira, reconhecemos que um dos nossos desafios atuais é problematizarmos as experiências da integralidade, utilizando o cuidado como uma unidade de análise e campo privilegiado de sua ação. A integralidade como um dispositivo político de configurações múltiplas que assume o cuidado em saúde como a expressão de sua potência. Potência de vida, de ações que transformam realidades que estabelecem práticas de solidariedade.

Assim, ao estabelecer críticas às verdades universais e instituídas, o cuidado apresenta uma proposição ética (Pinheiro ; Guizardi, 2006). Ética que se define na "*atitude, modo de ser – ou seja, a maneira como a pessoa funda e constrói suas relações com as coisas, os outros, o mundo e, também, consigo mesma*" (Zoboli, 2007, p.63). Então, se reconhecer nos atos cuidadores e se constituindo através deles, é estar implicado em processos recursivos (Morin, 2003; Morin, 2008). Assumirmos tal premissa é acreditarmos na radicalização dos princípios do SUS, como princípios que defendem a produção de vida, configurando um *ethos* humano do agir em saúde. Um *ethos* que tenha no cuidado, um valor que possa afirmar a vida (Pinheiro, 2007).

Essa possibilidade do cuidado como um valor que afirma a vida nos lança a olhar as práticas psicológicas a partir dos conceitos de Integralidade e de produção de cuidado em saúde. É a partir dessa premissa que faremos algumas considerações sobre as práticas psicológicas e sua relação com o cuidado. O cuidado interrogando os modos como são produzidos as nossas práticas na Psicologia, na medida em que o nosso trabalho se caracteriza

no encontro entre “*peçoas que trazem o sofrimento ou necessidades (usuários) e outras peçoas que dispõe de um conhecimento ou de recursos instrumentais que podem solucionar o problema trazido pelos primeiros (profissionais)*” (Silva Jr.; Pontes; Henriques, 2005).

Essas afirmações serviram para a problematização da relação da Psicologia e os discursos de integralidade e produção de cuidado. Para realizar tal reflexão se fez necessário compreender por quais caminhos que a Psicologia adentrou no terreno da saúde pública.

2.3 O cuidado e as práticas em psicologia nos espaços públicos de saúde.

Existe um reconhecimento de que há uma negligência do campo psicológico de problematizar sua interface com a saúde pública. Essa impossibilidade está muito calcada nas dicotomizações em que a Psicologia, reafirmou no território da vida. São elas: as dicotomias entre público e privado, entre indivíduo e sociedade, clínica e política (Birmam, 2005; Benevides, 2005). Ao mesmo tempo, essas dicotomias apontam para a necessidade de articulações que permitem a construção de territórios pautados pela dialógica (Morin, 2008).

Para Benevides foi a partir da

fundaçoão da Psicologia nestas dicotomias que o individual se separou do social, que a clínica se separou da política, que o cuidado com a saúde das peçoas se separou do cuidado com a saúde das populaçoões, que a clínica se separou da saúde coletiva, que a Psicologia se colocou à margem de um debate sobre o SUS. (Benevides, 2005, p.22)

A Psicologia chega tardiamente na área da Saúde. Seu acesso foi incipiente e pleno de questionamentos quanto aos lugares e às responsabilidades que lhe cabiam. Ao examinar essas relações, Spink (2003) destaca três questões fundamentais para compreender seu processo de construção. Em primeiro lugar, o domínio do modelo psicodinâmico no nível da graduaçoão, como referido anteriormente, que ao destacar as aplicaçoões clínicas na área da saúde mental, não traz para a discussão questões relacionadas com a saúde pública; em segundo lugar, um saber predominante no enfoque do indivíduo, tomando esse como um ser abstrato e a-histórico; e em terceiro e último lugar, a marca do modelo médico na definiçoão do objeto de investigaçoão e ausência de paradigmas verdadeiramente psicológicos para o estudo do processo saúde e doença (Spink, 2003).

Com isso, a Psicologia esteve distante do cotidiano, acarretando muitas distorçoões teóricas, com práticas descontextualizadas e a tendência de uma psicologizaçoão dos problemas sociais. Isso justifica a dificuldade de práticas voltadas para a cidadania e comprometidas com o social, como referido no começo deste trabalho (Dimenstein, 2001). A ênfase no indivíduo e a priorizaçoão da clínica individual sem a devida reflexão dos contextos sociais construíram práticas excludentes, já que os currículos disciplinares dos cursos de formaçoão em Psicologia, ainda privilegiam a formaçoão de linhas teóricas que priorizam uma

clínica privatista, individualizante e descontextualizada. São fragmentados da realidade social, negligenciando a contribuição da Psicologia no espaço público (Barros, 2005; Giugliane, 2007; Silveira, 2007). Nesse sentido, compreendemos que os processos de formação são produzidos na complexidade das relações que se estabelecem nos territórios da vida. No entanto, percebemos as dificuldades existentes para o estabelecimento de processos dialógicos que incluam diferentes racionalidades.

Essa negligência levou os

profissionais a cometer muitas distorções teóricas, a práticas descontextualizadas e etnocêntricas, e a uma psicologização dos problemas sociais, na medida em que não são capacitados para perceber as especificidades culturais dos sujeitos. (Dimenstein, 2001, p.59).

Esses apontamentos encontram-se no nascimento da Psicologia enquanto campo científico. O nascimento da Psicologia como campo de conhecimento surgiu a partir da herança da *Aufklärung*¹⁷ com a preocupação de alinhar-se com as ciências da natureza (Foucault, 2006). Foi com Wundt que a Psicologia tornou-se uma disciplina reconhecida como ciência. Apoiado num método experimental colocou a psicologia na esteira das ciências naturais desarticulando a Psicologia de seus postulados filosóficos. Com isso, a Psicologia tornou-se uma disciplina científica entre, as Ciências Humanas e as práticas sociais, numa tentativa de entender o que tornava os indivíduos sujeitos da razão. Volta-se aos processos da consciência e da cognição em busca de conhecimentos que possibilitassem estabelecer nítidas distinções entre os seres humanos e os animais sem pensar nas questões de saúde (Medeiros; Bernardes E Guareschi, 2005).

É sabido que a ênfase no indivíduo é um dos efeitos da consolidação da sociedade disciplinar que teve como expressão a biopolítica (Foucault, 2007a). Tal ênfase se presentifica na constituição das práticas da psicologia e nas práticas sociais. Para Spink (2007), essa tensão é fundamental para entendermos a relação da Psicologia com a Saúde Pública, na medida em que, uma das contribuições da Psicologia nesse processo de individuação foi o teste psicológico seguido do psicodiagnóstico. A noção não era de cuidado, mas de tratamento. Ambos entraram na esteira da Saúde Pública conivente com uma tecnologia de esquadrinamento e de um modo normativo. Assim, o psicodiagnóstico e a clínica tornaram-se práticas psicológicas baseadas em modelos médicos-normativos (Spink; Matta, 2007).

A demanda por uma Psicologia aplicada, surge a partir de uma crise da experiência de uma subjetividade privatizada, que foi constituída ao passo que nos reconhecemos livres, diferentes e capazes de nos experimentarmos, fruto de um ideário Liberal. O Romantismo e o regime disciplinar trouxeram a idéia de que não éramos tão livres como pensávamos; e o ideal

¹⁷ Termo utilizado para referir-se ao movimento iluminista.

de que a liberdade e a singularidade dos indivíduos são ilusórias. Tais pressupostos abriram espaços para a constituição de projetos de previsão e de controle (Figueiredo; Santi, 2000). Formulavam-se, então, práticas de vigilância em vez de práticas de cuidado.

Essas práticas serviram para o conhecimento do indivíduo sobre si mesmo, sustentada pelo eixo da razão (Guareschi; Dhein, 2009). A entrada da Psicanálise nesse contexto através da metapsicologia colocou a questão do humano a partir do seu desconhecimento e não mais na razão, “*pois é onde o ser humano se desconhece que se torna sujeito e não onde se conhece*” (Medeiros; Bernardes ; Guareschi, 2005, p.265).

A Psicanálise voltou para uma busca da interioridade que pudesse dar conta do sofrimento humano. Essa idéia colaborou para que a Psicologia construísse práticas individualistas (Guareschi & Dhein 2009). Dessa forma, Dimenstein (2000) refere que o sujeito psicológico foi o modelo hegemônico de subjetividade no campo da Psicologia forjado a partir de um ideário individualista e tecido pelos próprios saberes psi, sendo assim, um dos efeitos de seu processo. A Psicanálise com seu enfoque de sujeito engendrou uma concepção de subjetividade individualizante, que reforçou a idéia da

ênfase na privatização e nuclearização da família, na responsabilidade individual de cada um dos seus membros, a ênfase nos projetos de ascensão social, na descoberta de si mesmo, na busca da essência e na libertação das repressões, foram algumas destas estratégias que culminou na promoção de uma psicologização do cotidiano e da vida social e num esvaziamento político. (Dimenstein, 2000, p.99)

Comprometida com o capital e com o consumo, servindo de suporte científico das ideologias dominantes, a Psicologia colaborava com práticas de exclusão (Dimenstein, 2000). Emergia práticas de enquadramentos, padronização de comportamentos e estereótipos de personalidades (Dimenstein, 2000). Em relação a isso, alguns autores apontam que

A Psicologia, na perspectiva de dar conta do projeto moderno de ciências, acabou se deslocando da vida e se colocando à margem de discussão da própria política de saúde vigente e da realidade de um projeto de saúde pública para o país (Dimenstein, Macedo, 2007, p.229-230).

Estudos realizados acerca das circunstâncias de institucionalização da Psicologia no Rio Grande do Sul, mostram que, na época da ditadura militar, a Psicologia fechada no enfoque clínico e intra-psíquico, centralizado na figura do indivíduo, promovia práticas que produzia o fechamento dos profissionais às questões sócio-políticas (Scarparo, 2005; Hernandez; Scarparo, 2007). Os efeitos desses acontecimentos refletiram na

aliança entre estratégias desenvolvimentistas e repressão política produziram um ‘território de alienação’, na qual a Psicologia fica circunscrita à tarefa de diagnose, suplantando demandas de tipo sócio-cultural. (...) Demandas da época: encontrar a pessoa certa para o lugar certo, evitando assim qualquer tipo de constrangimento. A ideologia desenvolvimentista fomentava uma busca individual e competitiva por um espaço no social (Hernandez; Scarparo, 2007, p.176-177).

Dessa forma, muitas das práticas da psicologia serviram de instrumento de controle ideológico que “*naturalizam fenômenos psicossociais, patologizavam-se condutas desviantes (ou discordantes) e criavam-se territórios de exclusão social*” (Scarparo, 2009, p. 132). Desse modo, a formação clássica construiu uma Psicologia que somente lidava com a queixa, com a patologia, com um indivíduo padronizado e com produções de verdades sobre a vida (Braga Campos; Guirado, 2007). Ao focalizar nas patologias a Psicologia se distanciava cada vez mais de relações de cuidado com o sofrimento. Mais do que isso localizava uma especificidade da psicologia na relação com a saúde, a partir de um conhecimento especialista que fragmentava as ações de saúde contrariando os princípios básicos do SUS, como a integralidade (Bernardes, 2007; Morin, 2008). Cabe interrogar como essas práticas dialogam com os princípios do SUS e com as demandas erigidas para a psicologia a partir da sua implementação.

A entrada das Ciências Humanas na área da saúde juntamente com as contribuições da Psicologia Social possibilitou a discussão de alguns conceitos que subverteram a lógica da normalidade e da patologia. Desse modo, foi possível a ampliação de interlocuções e a produção de espaços dialógicos, que ao relativizar o discurso biológico, destacava as dimensões simbólicas, éticas e políticas da saúde (Birman, 2005). Portanto, para pensar uma Psicologia a partir de suas práticas, foi preciso ir além das questões relacionadas ao território dos indivíduos, apoiados numa multiplicidade de sentidos sociais, políticos e históricos (Nascimento; Manzini; Bocco, 2006). Ao repensar suas práticas e seus efeitos, a Psicologia vem apresentando “*um potencial transversalizador das práticas sociais e institucionais, que têm contribuído para a invenção de modos de andar e de afirmar a vida*” (Fagundes, 2004, p.8). Se a Psicologia num primeiro momento fez um encontro incipiente com as políticas públicas, as colaborações dos(as) psicólogos(as) no SUS, contribuíram fortemente com a tese da Integralidade (Spink; Matta, 2007).

A partir de então, a Psicologia foi sendo convocada, cada vez mais, a participar do campo das políticas públicas, mesmo que algumas pesquisas¹⁸ apontem que os(as) psicólogos(as) entraram na área da saúde devido ao empobrecimento da população que perdia o poder de acesso aos consultórios privados. Somado a isso, essas pesquisas mostram que poucos profissionais ingressavam no mercado de trabalho identificados com a saúde pública (Bernardes, 2007). Assim, enquanto prática discursiva, a Psicologia produziu “*saberes, práticas e instituindo formas de organização política e científica no campo da saúde*” (Matta; Camargo, Jr., 2007, p.130).

¹⁸ Pesquisas realizadas pelo Conselho Federal de Psicologia no ano de 2000 sobre o trabalho do Psicólogo na saúde pública.

No entanto, algumas experiências fizeram um contraponto a essa questão. Um exemplo foi o trabalho dos(as) psicólogos(as) nas áreas de saúde coletiva e da assistência, nos quais aconteceram importantes experiências de cuidado, direcionadas à complexa tarefa de articular práticas psicológicas e políticas públicas (Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2008). Muito dessas experiências de trabalhos começaram de uma forma quase artesanal, porém hoje se constituem práticas importantes na saúde coletiva.

Como uma explicitação disso, no Rio Grande do Sul, houve experiências pioneiras na participação da Psicologia nas políticas públicas (Nascimento, 2004). Foi no campo da Saúde Coletiva, a partir da década de 70, no cotidiano das comunidades das classes populares que a Psicologia “*efetivou práticas interdisciplinares não convencionais que se consubstanciavam em tentativas pioneiras de se desvencilhar da centralidade dos sintomas e das dimensões etilista e individualista, predominantes nos fazeres na esfera da saúde*” (Scarparo, 2006). Podemos citar a construção do Centro Médico Social São José do Murialdo como uma proposta de destaque. Nesse local efetivou-se a implementação de uma equipe multiprofissional que objetivava a articulação da participação comunitária e as práticas de saúde (Scarparo, 2005; Scarparo, 2006).

Tais práticas no campo da saúde, a partir da idéia de Integralidade e da produção de cuidado potencializaram algumas transformações. A partir disso, começaram a priorizar práticas baseadas na superação das dicotomias e as fragmentações entre problema-solução, saúde e doença, entre outros (Scarparo, 2006). Ratificando essa questão, a Psicologia, então, vem disponibilizando ferramentas importantes para as políticas públicas, no sentido de “*enfrentar os processos de exclusão social vividos por parcelas significativas da população: vínculo, escuta, cuidado, intervenções coletivas, aproximações com o território e redes/conexões estabelecidas pelos sujeitos enquanto estratégias de existência*” (Giugliani, 2007, p.6). A autora afirma ainda que a contribuição da Psicologia nesse campo é compelida a dialogar com toda e qualquer contribuição humana que traduza a contextualização e a compreensão da realidade das produções vividas pelos sujeitos na vida cotidiana. Portanto, a contribuição da Psicologia pode estar no sentido de complexificar as relações na esfera pública, através de movimentos polioculares que atentam a multidimensionalidade dos fenômenos nessa área (Morin,2008).

Entendemos que o cenário da saúde, seja ele qual for, é um espaço de produção de cuidado. Portanto, é um espaço de gestão de tecnologias singulares que estão implicadas com a produção de saúde. Pensarmos as práticas psicológicas, como práticas de saúde na esfera

das políticas públicas, implica problematizarmos a temática da produção de cuidado e a integralidade.

Práticas de saúde entendidas como práticas discursivas que se referem aos exercícios cotidianos que dizem respeito à

relação que o ser humano estabelece consigo mesmo e com o mundo a partir de códigos, regras e normas produzidas socialmente. Ou seja, a saúde, quando pensada pela Psicologia, edifica uma série de regulamentos e modulações que estabelecem o modo como o ser humano deve se relacionar consigo mesmo e com o mundo (Medeiros; Bernardes ; Guareschi, 2005, p.263).

Essa reflexão nos remete ao fato de que “*a implicação da Psicologia com as políticas públicas seria desenvolver práticas direcionadas ao cuidado do sujeito, tendo no ato do cuidado um fio que amarra as articulações e redes, amparadas na lógica da integralidade*” (Giugliane, 2007, p.7). Tais possibilidades se expressam numa postura de acolhimento, vínculo e uma escuta comprometida com o desejo dos(as) usuários(as), que é atravessada pela lógica do cuidado. Ao entendermos o cuidado como um fio que amarra as nossas práticas, assumimos a complexidade que o cuidado estabelece dialogicamente com as práticas psicológicas. Práticas psicológicas compreendidas neste trabalho como produção de vida (Medeiros, Bernardes; Guareschi, 2005), como produções discursivas que extrapolam o campo disciplinar da Psicologia, tanto no sentido teórico, técnico como no experimental e metodológico (Guareschi; Dhein, 2009).

Nesse caso, se são produções que extrapolam o campo disciplinar, a Psicologia acaba constituindo-se como um saber interdisciplinar

(...) capaz de atravessar e ser permanentemente atravessada por outros saberes, o que daria a esta ‘disciplina’ um curioso aspecto, o de ser, para além da interdisciplinaridade constitutiva e da transdisciplinaridade obrigatória, um saber fecundamente indisciplinado, ou seja, um saber que pela própria natureza está sempre transgredindo os limites da disciplina. (Figueiredo, 1996, p.83)

Tal lógica une-se à perspectiva da complexidade, na medida em que a ela recoloca a problemática dos limites do conhecimento, o que possibilitou o reconhecimento e o diálogo sobre a incerteza no campo da produção científica (Morin, 2002). De acordo com Silva (2006), a “*complexidade desmonta a totalidade totalizante, clássica e monolítica, com a preocupação teórica de estabelecer uma nova totalidade aberta, circular, precária e em permanente intercâmbio com as suas partes*” (Silva, 2006, p.99). Nesse sentido, hologramaticamente, a Psicologia tem possibilitado articular outros modos de cuidar na saúde, que estejam alinhadas com as produções no mundo da vida. Assumir essa perspectiva é entender que “*complexidade, provisoriedade, imprevisibilidade, incompletude e diversidade, têm sido tônicas constantes nas discussões sobre o modo de vida contemporâneo*” (Scarparo, 2009, p.135).

Há efeitos disso no processo de formação da Psicologia, pois a todo instante somos compelidos a dialogar com áreas afins, flexibilizando com as fronteiras disciplinares. Além disso, o trabalho do(a) Psicólogo(a) ao lidar com os processos de alteridade nos direciona a uma posição ética e política da profissão (Figueiredo, 1996). Alteridade entendida como “*o outro despertando diferença em nós*” (Ceccim; Carvalho, 2005, p.90).

Ao considerarmos tal questão afirmamos que a adoção de práticas que considerem a diversidade de uma forma dialógica é também nos encontrarmos com a “*incompletude dos fazeres, da provisoriedade dos pensares e da imprevisibilidade dos efeitos das intervenções, a revelia de nossas intencionalidades, métodos, previsões*” (Scarparo, 2009, p.135). Essa idéia nos faz pensar sobre a relação das nossas práticas e sobre as questões da ética.

3 POR UMA PROPOSIÇÃO ÉTICA E ALGUMAS (IN)CONCLUSÕES.

Diante dessas considerações, entendemos que as noções de integralidade e produção de cuidado em saúde foram importantes para pensarmos a entrada da Psicologia no âmbito da saúde, suas discontinuidades e suas possibilidades de inserção. Tais conceitos nos pareceram potentes quando pensamos a relação da Psicologia com a saúde pública, porque recoloca na roda da discussão alguns operadores importantes nesse debate. Embora haja discontinuidades, a Psicologia vem cada vez mais participando ativamente do processo da construção de uma rede de cuidados que envolve a vida, o desejo do(a) usuário(a) e a participação dos processos de gestão.

Ao reconhecermos que as práticas de integralidade emergem através das relações de cuidado, é que podemos estabelecer uma reflexão acerca das práticas psicológicas. Tal reflexão foi nos direcionando para os efeitos das ações do nosso trabalho, conseqüentemente associado ao terreno da ética, porém uma ética vivida como relação subjetiva (Morin, 2007c). Ou seja, como prática de subjetivação. Nossa proposição é apostar numa ética do cuidado que além de reafirmar as práticas da psicologia no SUS, possa reafirmá-las enquanto práticas integrais.

Para tanto convém destacarmos, a localização de onde partimos com a concepção de ética. Ruiz (2004) divide a problemática da ética em três possibilidades de interpretação. A primeira relacionada à ética como Código, isto é, entendida historicamente como a “*compilação de princípios, valores e normas que os indivíduos têm que observar para manter uma conduta boa, decente, legal e normal*” (Ruiz, 2004, p.97). Para o autor, é através da ética de código que um indivíduo normal, ou seja, normalizado se enquadra num determinado perfil de valores socialmente relevantes e importantes. Com isso, sublinha a idéia de normatividade.

A segunda se refere à ética dos Comportamentos, traz à tona a discussão da ética como o estudo da relação do sujeito com a norma, ou seja, como o sujeito se apropria de atos de normatização. Desse modo, busca desenvolver um saber que oriente, dentro de uma esfera natural, racional, universalizar o comportamento das pessoas a respeito da sua essência e com respeito aos princípios éticos.

Por último, uma Ética da Subjetivação como prática que constrói a realidade. Uma prática como algo singular e pessoal de viver os valores, pois entendemos que o decisivo da ética é a prática.

Segundo Ruiz (2004)

a ética é a potencialidade e desafio que cada pessoa tem e enfrenta de poder, através da prática vivenciada de valores e formas de existência, se constituir como sujeito, já que a constituição do sujeito se faz sempre através da prática ética. É o que podemos chamar de ética como prática de subjetivação. (Ruiz, 2004, p.105).

Sabemos que nas atividades de trabalhos na saúde pública essas três éticas co-existem normatizando, muitas vezes, as atividades de intervenção. No entanto, infelizmente, as éticas que mais se destacam no mundo da saúde, ainda são as do código e comportamento que prescrevem normas de conduta, procedimentos de operacionalização das ações em detrimento da ética como possibilidade de relação. Entendemos que as nossas práticas constroem subjetividades a partir dos processos relacionais. Na produção de serviços em saúde ocorrem simultaneamente à co-produção de sujeitos e instituições (Campos, 2003; Campos, 2007). Então ética e prática constroem-se na dialogia e na recursividade de cada ato de saúde. Portanto não há como separar o terreno da ética com o da prática (Ruiz, 2004). Toda a nossa prática é parte de um ideal de sujeito, de uma matriz paradigmática e que não é da ordem da neutralidade e, portanto, nossas ações possuem intencionalidades. Tal afirmação se relaciona com os efeitos das práticas que apresentam implicações éticas (Silva; Gomes, 2008).

Então, ao pensarmos o cuidado como atividade humana, através de seus procedimentos técnicos (Merhy, 2005), pensamos numa ética que passa pela dimensão do cuidado nas práticas da Psicologia. Pensar o campo da ética a partir da dimensão do cuidado tem a ver com a valorização das relações interpessoais, evocando assim uma responsabilização que por “*ser essencialmente ética, torna-se mútua, pois corresponde de parte a parte, recíproca*” (Zoboli, 2007, p.67).

Sendo da ordem da reciprocidade contém processos recursivos vinculada a processos inventivos (Morin, 2003; Morin, 2007b, Morin, 2008). Ratificando essa questão, temos uma ética que tem na alteridade seu critério de relação com o outro. Essa assertiva toma a ética

como um exercício de vida. Nesse sentido, “*a ética é o modo como o indivíduo se constitui a si mesmo como sujeito de suas próprias ações e a ética do cuidado é um exercício de vida, que deve acontecer em todo o processo de nossa existência*” (Barros, 2008, p.289).

Pensarmos uma ética do cuidado como ética de subjetivação possibilita entendermos o cuidado como a possibilidade de abertura a uma alteridade que nos levaria a estabelecer uma relação dialógica com o trabalho, com o(a) usuário(a) e com as ações de saúde. É numa relação dialógica e inclusiva com as lógicas distintas e complementares que podemos dialogar com os diferentes especialismos que compõem os atos coletivos de saúde e as especificidades históricas, as quais contrapomos neste trabalho (Morin, 2008).

A partir da lógica da alteridade, entendemos que as práticas no campo da saúde deveriam se constituir como práticas de abertura, escuta ao outro, acolhimento. Práticas que tecessem subjetividades, práticas de recursividade. Essa idéia reforça o cuidado como algo em constante devir, na medida em que ele é da ordem da processualidade e do relacional. Não existe primeiro um sujeito para depois praticar uma ética, o sujeito se faz recursivamente através de sua prática (Ruiz, 2004, p.118). Além disso, essas práticas se referem ao modo como nos relacionamos com a vida, porque sabemos conforme (Silva; Gomes, 2008) que há certas práticas que não expressam a atualização dos princípios éticos, através de práticas descontextualizadas, baseadas na fragmentação e na cisão com o outro “*limitando o espaço do outro a técnicas, normas, tecnologias e saberes que antecedem e que o são independentes*” (Silva; Gomes, 2008, p.298).

Contrapondo essa questão há outras práticas que nos conectam com o mundo da vida, com os territórios onde a vida acontece. Para Morin (2007c), a ética é religação e a religação é ética. Dessa forma, o autor reintroduz o sujeito como protagonista da gestão da vida. Portanto pensarmos por uma ética do cuidado é entendermos que ela é um ato de religação com o outro, com a comunidade, religação com a sociedade com a espécie humana, o que nos remete ao terreno da complexidade (Morin, 2007c).

Parece-nos que a problematização do cuidado transversaliza essas questões na medida em que partimos de um

cuidado que nos remete sempre a uma dimensão do “comum”, do construído junto com o outro, é sempre uma construção coletiva. Cuidado, portanto, como obra-processo, sempre aberta a novas composições onde a plasticidade da vida se torna aliada da invenção de novos modos de existência (Barros, 2008, p.284-285).

Benevides (2005) ao pensar a relação da Psicologia com o SUS propõe três princípios éticos para a contribuição da interface entre Psicologia e o setor saúde. O primeiro princípio refere-se à inseparabilidade que entende a Psicologia como um campo de estudos da subjetividade entendida “*como processo coletivo de produção resultando em formas sempre*

inacabadas e heterogenéticas” (Benevides, 2005, p.23) sem fragmentar as noções de clínica/política, individual/social, singular/coletivo; modos de cuidar/modos de gerir; macro/micropolítica (Benevides 2005). A Psicologia, então, apresenta como holograma potencialidades de contribuir para os processos dialógicos que lutam para a rearticulação recursiva dos saberes ao mundo da vida (Morin, 2008), despotencializando os pensamentos simplificadores e disjuntivos no terreno das nossas práticas.

O segundo princípio ético é o da autonomia e o da co-responsabilidade que aponta para a impossibilidade de pensar as práticas psicológicas descomprometidas com a vida, com as questões locais que vivemos e com as condições de saúde que possibilitem a “*a produção de sujeitos autônomos, protagonistas, co-partícipes e co-responsáveis por suas vidas*” (Benevides, 2005, p.23). Relaciona-se com processos inventivos em saúde, invenção de si e do mundo, de uma forma recursiva, pois produtores de ações sobre o trabalho e a vida e as pessoas as quais se destinam esse trabalho se constituem em processos de devir, nunca acabados (Morin, 2003; Morin, 2008).

O último princípio, o da transversalidade entende a Psicologia como um campo do saber/poder que se explica na intercessão com outras disciplinas. Propõe ainda que a contribuição da Psicologia no SUS pode estar na articulação desses três princípios. Ceccim (2006) fala numa emergência de um “entre”. Uma transversalidade que passa por uma entre-disciplinaridade que se confirma

sempre que afirmamos o trabalho multiprofissional de maneira interdisciplinar, um lugar de sensibilidade e equilíbrio metaestável, em que a prática terapêutica emergiria em clínica mestiça ou clínica nômade.; em que todos os potenciais seguiriam se atualizando e o equilíbrio não seria o outro que não a transformação permanente (Ceccim, 2006, p.265).

Dessa forma, ao mesmo tempo em que, entendemos que a entrada da Psicologia tenha sido incipiente na saúde pública, reconhecemos também que ela vem protagonizando, através de suas ações, importantes contribuições na discussão das políticas públicas. Tais estratégias tensionam as relações instituídas à medida que contrapõem modelos hegemônicos de cuidado e atenção em saúde através de processos de recursividade. Diante dessas considerações, essa primeira parte do trabalho intencionou resgatar o cenário do Sistema Único de Saúde como um espaço importante na vida dos brasileiros, entendendo-o como um contraponto ao modelo das práticas hegemônicas até a década de 70.

As noções de Integralidade e de produção de cuidado em saúde foram pertinentes, por considerarmos que através delas constituíram-se outros modos, outras palavras sobre o cuidado em saúde. Assim, foi necessário entendermos como a Psicologia vinha se

aproximando do campo da saúde, que discursos eram produzidos e que concepções éticas estavam implicadas nesse processo. Nesse sentido, falarmos de cuidado implica em processos, relações, práticas de abertura, por isso, é tarefa do impossível fazermos conclusões finais. Portanto, seguimos para a próxima seção que apresenta os sentidos de cuidado nas práticas da Psicologia no âmbito da saúde pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida Filho, N.; Paim, J.S. (1998). Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? In: *Revista de saúde pública*, 32(4), pp. 299-316.

Ayres, J.R.C. (2004). O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. In: *Saúde e sociedade*, 13(3), pp. 16-19.

Barros, E.M.B. (2008). Barros, M.E.B. (2008). De amoladores de faca e cartógrafos: a atividade do cuidado. In: In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. *Cuidado do cuidado: a responsabilidade com a integralidade das ações de saúde*. Rio de Janeiro, CEPESC/IMS/UERJ:ABRASCO, pp. 279-296.

Benevides, R. (2005). A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces? In: *Psicologia e sociedade*, 17(2), pp. 21-25.

Bernardes, J.S. (2007). A psicologia no sus 2006: alguns desafios na formação. In: Spink, M.J. (2007). *A psicologia em diálogo com o sus*. São Paulo: Casa do Psicólogo, pp.105-127.

Birman, J. (2005). A *physis* na saúde coletiva. In: *Revista de saúde coletiva*, 15, pp. 11-16.

Boff, L. (1999). *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes.

Boff, L. (2005). O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. In: *Revista Inclusão Social*, 1(1), Brasília, pp. 28-35.

Braga Campos, F.C.B; Guarido, E.L. (2007). O psicólogo no sus: suas práticas e as necessidades de quem o procura. In: Spink, M.J. (2007). *A psicologia em diálogo com o sus*. São Paulo: Casa do Psicólogo, pp.81- 102.

Brasil. Ministério da Saúde (1990). Lei Orgânica de Saúde. Brasil. Ministério da Saúde. Acesso em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. (2004). HumanizaSUS. Política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do sus. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2006). *A construção do sus: histórias da reforma sanitária e do movimento participativo*. Brasília, Ministério da Saúde.

Brasil. Senado Federal (2006b). *Constituição Federal do Brasil*. Brasília. Acesso em: http://www6.senado.gov.br/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. (2008). *Sistema Único de Saúde: patrimônio social, cultural e imaterial da humanidade*. Acesso em: <http://conselho.saude.gov.br/websus/index.html>

Camargo Jr., K. R. (2003). *Biomedicina, saber e ciencia: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec.

Campos, G.W.S. (2000). Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência e saúde coletiva*, 5(2), pp. 219-230.

Campos, G.W.S. (2003). *Saúde paidéia*. São Paulo: Hucitec.

Campos, G.W.S. (2007). *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. 3ªed. São Paulo: Hucitec.

Carvalho, L.B. (2006). *Práticas do psicólogo em instituições públicas de saúde: o cuidado para com o outro*. Dissertação de mestrado não publicada. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará.

Carvalho, S.R (2007). *Saúde coletiva e promoção de saúde: sujeito e mudança*. 2ªed. São Paulo: Hucitec.

Cecílio, L. C.O. (1997). Os modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. In: *Cadernos de saúde pública*, 13(3), pp. 469-478.

Ceccim, R. B (2006). Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção de atos terapêuticos. In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. (orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. 3ªed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, pp. 259-278.

Ceccim, R.B; Carvalho, Y.M. (2006). Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no sus. In: Pinheiro, R.; Ceccim, R.B.; Mattos, R.A. (orgs.). *EnsinarSaúde: a integralidade e o sus nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, pp.69-92.

Conselho Regional de Psicologia (2009). *Apresentação*. Porto Alegre: CRPRS. Acesso em: http://www.crp07.org.br/crp_apresentacao.php

Dimenstein, M. (2000). A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. In: *Estudos de psicologia*, 5(1), pp. 95-122.

Dimenstein, M. (2001). O psicólogo e compromisso social no contexto da saúde coletiva. In: *Psicologia em estudo*, 6(2), pp. 57-63.

Dimenstein, M; Macedo, J.P. (2007). Desafios para o fortalecimento da Psicologia no sus: a produção referente à formação e inserção profissional. In: Spink, M.J. (2007). *A psicologia em diálogo com o sus*. São Paulo: Casa do Psicólogo, pp. 207-230.

Fagundes, S. (2004). Psicologia e políticas públicas: experiências em saúde pública. In: Nascimento, C.A.T; Lazzarotto, G.R; Hoenisch, J.C.D (orgs.). *Psicologia e políticas públicas: experiências em saúde pública*. Porto Alegre:CRPRS, pp. 7-8.

Figueiredo, L.C. (1996). *Revisitando as psicologias: da epistemologia à ética das práticas e discursos psicológicos*. 2ª ed. São Paulo: Vozes.

Figueiredo, L.C.; Santi, P.L.R (2000). *Psicologia: uma nova introdução*. 2ªed. São Paulo: EDUC.

Franco, T. B. (2007). A integralidade é uma diretriz que traz em si o significado ético-político do “cuidado-cuidador”, de trabalho em rede. In: *Revista do Instituto Humanitas Unisinos*, edição 233, pp.12-14.

Foucault, M. (2006). *Ditos & escritos I: problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise*. 2ª.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Foucault, M. (2007a). *Microfísica do poder*. 24ª ed. São Paulo: Graal.

Foucault, M. (2007b). *Vigiar e punir: história da violência nas prisões*.33ªed. São Paulo: Vozes.

Heidegger, M. (1997). *Ser e o tempo*. Petrópolis: Vozes.

Giugliani (2007). Psicologia e políticas públicas. Entrevista cedida ao Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul. In: *Entrelinhas*. Porto Alegre, Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul. Ano VIII(38), p.6-7.

Goffman, E.(1999). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva.

Guareschi, N. (2007). Editorial. In: *Entrelinhas*. Porto Alegre, Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul. Ano VIII(38), p.2

Guareschi, N.; Dhein, G. (2009). Formação em psicologia: história, cultura e política. In: Tatsch, D.T; Guareschi,N; Baumkartem, S.T. *Tecendo relações e intervenções em psicologia social*. Porto Alegre: ABRAPSO SUL, pp. 64-73.

Luz, M. (2001). Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no brasil atual. In: Pinheiro, R; Mattos, R. A. (orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro, UERJ/IMS/ABRASCO, pp. 17-37.

Luz, M. (2006). Fragilidade social e a busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: Pinheiro, R; Mattos, R.A. (orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro, UERJ/IMS/ABRASCO, pp. 09-20.

Machado, F.R.; Pinheiro, R.; Guizardi, F.L. (2006). As formas de cuidado integral nos espaços públicos de saúde. In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. (orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. 3ªed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, pp. 57-73.

Matta, G; Camargo Jr. K.R. (2007). O processo saúde-doença como foco na psicologia: as tradições teóricas. In: Spink, M.J. (2007). *A psicologia em diálogo com o sus*. São Paulo: Casa do Psicólogo, pp.129-140.

Mattos, R.A. (2001). Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, R; Mattos, R. A. (orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro, UERJ,IMS:ABRASCO, pp. 39-64.

Medeiros, P.F.; Bernardes, A.G.; Guareschi, N. (2005). O conceito de saúde e suas implicações nas práticas psicológicas. In: *Psicologia teoria e pesquisa*, 21(3), pp. 263-269.

Merhy, E. E. (1998). A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: MALTA, D. C. et al. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – reescrevendo o público*. Belo Horizonte: Xamã/VM Ed.

Merhy, E.E. (2005). *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. 2ªed. São Paulo: Hucitec.

Minayo, M.C. (2007). A integralidade em saúde: uma utopia a ser perseguida. In: *Revista do instituto humanitas*, edição 233. São Leopoldo: Unisino, pp.09-11.

Moffat, A. (1991). *Psicoterapia do oprimido*. São Paulo: Cortez.

Morin, E. (1998). *Amor, poesia e sabedoria*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

Morin, E. (2002). *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. 5ªed. São Paulo: Cortez.

Morin, E. (2003). Morin, E. (2003). *A cabeça bem-feita: reformar a reforma, reformar o pensamento*. 8ª.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

Morin, E. (2007a). *Introdução ao pensamento complexo*. 3ª ed. Porto Alegre: Sulina.

Morin, E. (2007b). *Método 5: a humanidade da humanidade*. 3ª ed. Porto Alegre: Sulina.

Morin, E. (2007c). *Método 6: ética*. 3ª ed. Porto Alegre: Sulina.

Morin, E. (2008). *Ciência com consciência*. 11ªed. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil.

Nascimento, M.L.do; Manzini, J.M.; Bocco, F. (2006). Reinventando as práticas psi. In: *Psicologia e sociedade*, 18(1), pp.15-20.

Nascimento, C. A.T. (2004). Construindo processos de organização dos psicólogos em saúde pública. In: Nascimento, C.A.T; Lazzarotto, G.R; Hoenisch, J.C.D (orgs.). *Psicologia e políticas públicas: experiências em saúde pública*. Porto Alegre:CRPRS, pp. 11-16.

Passos, E; Benevides, R. (2005). Humanização em saúde: um novo modismo? In: *Interface, Botucatu*, 9(17), pp. 389-406.

Pinheiro, R; Guizardi, F. (2006). Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. (orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. 3ªed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, pp.21-35.

Pinheiro, R. (2007). Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar e a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, pp. 15-28.

Pinheiro, R; Mattos, R.A. (2007). Apresentação. In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, pp. 9-11.

Rio Grande do Sul. Ministério da Saúde. (2002). *Guia de serviços de saúde mental. Rio Grande do Sul. Cuidar, sim. Excluir, não*. Porto Alegre: Ministério da Saúde.

Rückert, A.; Misoczky, M.C. (2002). Território vivido, território em mutação. In: Misoczky, M.C; Becj, J. (orgs.). *Estratégias de organização da atenção à saúde*. Porto Alegre: Dacasa, pp.67-76.

Ruiz, C.M.B (2004). A ética como prática de subjetivação: esboço de uma ética e estética da alteridade. In: Pivatto, P. S. (org.) *Ética: crise e perspectiva*. Porto Alegre, EDIPUCRS, pp. 95-163.

Scarparo, H. (2005). *Psicologia comunitária no rio grande do sul: registros da construção de um saber-agir*. Porto Alegre: EDIPUCRS.

Scarparo, H. (2006). Perspectivas de integralidade em prática de saúde na década de setenta: o sistema de saúde comunitária na Vila São José do Murialdo. In: *Barbarói* (UNISC), v. 25, p. 105-120.

Scarparo, H.; Hernandez. A. (2007). Da força bruta à voz ativa: a conformação da psicologia no rio grande do sul nas décadas da repressão. In: *Mnemosine*, v.3, Rio de Janeiro, pp. 156-182.

Scarparo, H. (2009). A psicologia social: pesquisa, formação e intervenção. In: Tatsch, D.T; Guareschi, N; Baumkartem, S.T. *Tecendo relações e intervenções em psicologia social*. Porto Alegre: ABRAPSO SUL, pp.130-138.

Serra, J. (2006). As duas reformas da saúde. In: : Associação Paulista de Medicina. *SUS: o que você precisa saber sobre o sistema único de saúde*. São Paulo, Atheneu, 145-147.

Severo, S. (2006). *A transdialógica na integralidade da atenção à saúde: a organização da saúde e a saúde da organização*. Dissertação de mestrado não publicada. Porto Alegre, PUCRS.

Silva, F.H.; Gomes, R.S. (2008). Cuidado, integralidade e ética: em busca da produção do comum. In: Pinheiro, P; Mattos, R.A. (2008). *Cuidado do cuidado: a responsabilidade com a integralidade das ações de saúde*. Rio de Janeiro, CEPESC/IMS/UERJ:ABRASCO, pp. 297-309.

Silva Jr., A.G.S (1998). *Modelos technoassistenciais em saúde*. São Paulo: Hucitec.

Silva, Jr.; A.G; Pontes, A.L.M; Henriques, R.L.M. (2005). O cuidado como categoria analítica no ensino baseado na integralidade. In: Pinheiro, R.; Ceccim, R.B; Mattos, R.A (orgs.) *Ensinar saúde: a integralidade e o sus nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJE/CEPESC/ABRASCO, pp. 93-110.

Silva, J.M. (2006). Em busca da complexidade esquecida. In: Castro, G; Carvalho, E.A.; Almeida, M.C. (orgs.) *Ensaio de complexidade*. Porto Alegre: Sulina, pp. 93-102.

Silveira, E.R. (2007). Ressonâncias dialógicas. In: *Entrelinhas*. Porto Alegre, Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul. Ano VIII(38), p.4.

Schwartz, Y. (2009). Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. *Revista de Saúde Pública*. 43(4), pp. 721-725.

Spink, M.J. (2003). *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos*. 3ªed. Petrópolis: Vozes.

Spink, M.J.; Matta, G.C. (2007). A prática profissional psi na saúde pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. In: Spink, M.J. (org.) *A psicologia em diálogo com o sus*. São Paulo: Casa do Psicólogo, pp.25-52.

Xavier, C; Guimarães, C. (2006). Uma semiótica da integralidade: o signo da integralidade e o papel da comunicação. In: In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. (orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. 3ªed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, pp. 133-155.

Zoboli, E. (2007). Cuidado: práxis responsável de uma cidadania moral. In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, pp. 63-78.

4 SEÇÃO II - SENTIDOS DO CUIDADO NAS PRÁTICAS EM PSICOLÓGIA

INTRODUÇÃO

Há um reconhecimento que a saúde para o brasileiro é um tema muito importante no cotidiano, segundo pesquisas (Merhy, 1998), pois, no mundo contemporâneo, ela torna-se grande depositária de significados e sentidos (Luz, 2006). Porém, é na área de prestação de serviços em saúde que os(as) usuários(as) do Sistema Único de Saúde (SUS) sentem-se menos protegidos e cuidados, e reclamam da falta de responsabilização e de interesse, e não dos conhecimentos tecnológicos. Devido a isso, sentem-se desprotegidos, inseguros e desrespeitados (Merhy, 1998).

Essa afirmação remonta a questão da produção de cuidado em saúde. O conceito do cuidado aparece na medida em que, o sentido de Integralidade, como uma “bandeira de luta”, vai se constituindo no cenário das ações de saúde no Brasil (Mattos, 2001). Essa idéia está no bojo da constituição brasileira fazendo parte dos princípios do Sistema Único de Saúde, que colocam a integralidade das ações como um norteador fundamental do sistema. Com isso, “*a noção de integralidade torna-se uma amálgama, no contexto do movimento sanitário brasileiro, prenhe de sentidos*” (Mattos, 2001, p.42).

Isso evidencia que as discussões acerca da Integralidade possibilitaram uma ruptura com a fragmentação de uma racionalidade biomédica e uma visão reducionista que destaca o biológico em detrimento do psicológico e do social. Tal pensamento de redução colaborou, historicamente, para a dissociação entre teoria e prática. Dentre os sentidos de Integralidade destacamos nesta seção, a Integralidade pensada como atributo das práticas em saúde (Mattos, 2004).

Um atributo que, como pressuposto institucional, está ligado à idéia de alta eficácia nos serviços de saúde, com um processo de trabalho centrado no(a) usuário(a) (Franco, 2007). Além disso, baseados no autor, entendemos que os principais desafios para a Integralidade, como princípio e diretriz do SUS, se relaciona na inserção das rotinas nas práticas de cuidado (Franco, 2007).

A Psicologia entra nessa problematização a partir da discussão da Saúde Coletiva que advém do campo das Ciências Humanas ao assumir a saúde na esfera multidisciplinar. Para Spink & Matta (2007) com a noção de Integralidade, juntamente com a organização dos serviços básicos e com a premissa da equipe multidisciplinar, abriram-se espaços para a Psicologia, integrando a equipe profissional nos serviços públicos de saúde.

Ao mesmo tempo, reconhecemos que essa inserção acontece de forma incipiente e com práticas individuais, privatistas e descontextualizadas do andar da vida dos sujeitos

(Giugliane, 2007). Dessa forma, sem a devida revisão crítica de suas práticas, os/as Psicólogos(as) adentram o campo da saúde pública com precariedade na construção de práticas voltadas para a cidadania e comprometidas com o social (Dimenstein, 2001).

Há uma relação paradoxal na medida em que apesar de uma não familiaridade com o tema das políticas públicas, esse campo tem apresentado muitas possibilidades para o profissional dessa área, enquanto inserção do trabalho do(a) Psicólogo(a). No entanto, Guareschi (2007) retoma essa questão lembrando que a Psicologia foi uma disciplina que também contribuiu para as discussões das práticas de integralidade. De acordo com Spink (1992), aos poucos, o saber acumulado na prática da Psicologia, a necessidade de contextualizar essa prática e o aumento do número de psicólogos(as) trabalhadores da saúde possibilitaram condições de pensarmos a interface entre Psicologia e Saúde. De acordo com a autora, esse campo situado entre o individual e o social configurou-se como uma área de especialização da Psicologia Social.

Diante disso, percebemos que a Psicologia precisou e ainda precisa enfrentar alguns desafios importantes. A partir de Spink e Matta (2007), selecionamos dois desafios significativos.

O primeiro desafio da Psicologia remete ao sentido

de sua história e complexidade de teorias, práticas e ideologias, para construir saberes e práticas mais alinhados com os ideais do SUS, em que todos os profissionais de saúde são atores privilegiados no que concerne ao compromisso constitucional de construir o sistema de saúde em nosso país (Spink & Matta, 2007,p.45).

O segundo desafio refere-se à superação da noção de indivíduo associada às práticas privadas que se relaciona historicamente com o modelo médico-normativo, formando a identidade do(a) psicólogo(a). Tais práticas se organizam dissociadas dos contextos sócio-sanitários e da premissa da integralidade, denunciando os entraves da formação (Spink; Matta, 2007).

Enquanto campo científico a Psicologia entrou tardiamente na discussão sobre o seu papel nas políticas públicas, atravessada por um viés clínico-individual e privatista, como referido anteriormente, indo contra às discussões do campo da saúde que passavam pela questão da interdisciplinaridade, nos modos de cuidados costurados com a vida. Porém, ao entrarem na saúde pública, os(as) psicólogos(as) encontram desafios, diante de um domínio complexo que é a saúde, com suas multiplicidades e polifonias (Carvalho; Bosi; Freire, 2008).

Antônio Lancetti no seu livro Clínica Peripatética se refere ao trabalho de reinserção da Psicologia na experiência de reestruturação do serviço Casa de Saúde Anchieta em São Paulo. O autor declara que antes da reestruturação os(as) psicólogos(as) atendiam basicamente crianças das escolas, onde diagnosticavam problemas de aprendizagem

realizando triagens para adaptação em escolas de classes especiais. Com a reordenação do serviço, os profissionais da área psi ficaram sem função, denunciando então o caráter inútil das ações destes profissionais naquele serviço. A partir disso, os profissionais precisaram inventar novas práticas que fosse ao encontro dos(as) usuários(as) (Lancetti, 2008).

A situação descrita acima, infelizmente é comum ainda nos espaços de saúde por que a entrada da Psicologia nas práticas da saúde pública foi muito marcada pelas psicotécnicas. São práticas de psicologias aplicadas, tecnologias de subjetivação “*produzidas a partir do encontro com as formas de administração, de otimização, de adestramento dos corpos*” (Medeiros; Bernardes; Guareschi, 2005, p. 267). Tais procedimentos contribuíram para a exclusão do sujeito na participação ativa do seu processo de saúde. Foi com a redemocratização do País e a dialógica dos ideais de luta de vários atores sociais que foi possível a construção do SUS. Esse feito possibilitou uma ruptura radical com os pressupostos de uma racionalidade biomédica clássica, na medida em que através da discussão da integralidade em saúde sublinhou a universalização e a equidade dos atendimentos em todos os níveis de atendimento do sistema bem como uma aproximação no território da vida dos (as)usuários(as) do sistema.

Com a Integralidade como uma bandeira de luta do SUS se pôde assumir a idéia da Integralidade como um dispositivo legal-institucional atravessado por questões ético-políticas, tendo o cuidado, enquanto atividade humana, como a sua maior expressão (Pinheiro e Mattos, 2007). Ao assumir tal posicionamento consideramos o cuidado em saúde como uma ação integral que elege a saúde como direito de ser, através de seus significados, mas, sobretudo de seus sentidos. Com isso, a noção de cuidado, vem reafirmar as práticas de saúde como atos de uma produção humana (Pinheiro ; Guizardi, 2006).

Mais recentemente, a Política de Humanização do Ministério da Saúde (PNH) ratifica o encontro do técnico e do(a) usuário(a) pautado na radicalização dos princípios do SUS através do cuidado como um conceito-experiência em contraponto a uma noção de conceito-sintoma que paralisa e reproduz sentidos já constituídos (Passos; Benevides, 2005).

Com isso, a PNH tem como uma de suas implicações “*orientar as práticas de atenção e gestão do SUS a partir da experiência concreta trabalhador e usuário*” (Brasil, 2004a, p.17), pensando o sujeito a partir da experiência do comum e não do sujeito idealizado. Para pensar a experiência entre trabalhador e usuário(a) é preciso entender como acontecem as tecnologias de trabalho.

Enquanto campo tecnológico sabemos que a ênfase da assistência na tecnologia reduz o encontro entre os sujeitos nas instituições ao adoecimento, fragmentando o olhar sobre o sujeito (Carvalho; Bosi; Freire). Por isso, partimos da idéia de que na atenção à saúde

coexistem três tecnologias que compõem o encontro técnico(a)-usuário(a) :as tecnologias duras representadas pelos equipamentos e pelas maquinarias de intervenção, as leve-duras que referem-se os saberes que operam no trabalho em saúde e as leves que são as tecnologias de relação. São as tecnologias leves que nos interessam nesta seção, pois a mesma está relacionada a “*produção de vínculo, autonomização, acolhimento, e na gestão como uma forma de governar processos de trabalho*” (Merhy, 2005, p.49). No entanto, destacar essa tecnologia não significa que não reconhecemos as outras, tampouco de que nelas não existam relações de cuidado.

Diante do exposto, esta pesquisa teve como objetivo geral pensar as relações entre as práticas em Psicologia e as perspectivas de cuidado no contexto das políticas públicas. Os objetivos específicos direcionaram-se no intuito de entendermos como se formulava o conceito de cuidado nas práticas dos(as) psicólogos(as) na saúde pública; estabelecer relações entre as práticas e os sentidos de cuidado e refletirmos criticamente sobre a forma de potencializarmos esses discursos em diferentes espaços de atuação dessas práticas.

- Percursos Metodológicos

A partir do entendimento de que as teorias são ferramentas e possibilidades de partida para o conhecimento (Morin, 2008) optamos por uma abordagem qualitativa, na medida em que acreditamos que a atividade científica vai além de procedimentos tecnológicos e se realiza através de movimentos imbricados com as redes de relações sociais que acontecem no cotidiano (Scarparo,H; Guareschi, N, 2008). Tal idéia se apoia no paradigma da Complexidade que reforça que a ciência é indissociável do contexto histórico porque é ao mesmo tempo “*intrínseca, histórica, sociológica e eticamente, complexa*” (Morin, 2008, p.9).

Nosso caminho metodológico apóia-se então, no pensamento complexo que nos convida a pensar nos conceitos, nunca os tomando por concluídos. Dessa maneira, rompe com produções do conhecer atreladas às esferas fechadas. Um artefato teórico não é o conhecimento e sim o que permite os processos do conhecer. Teoria e método são componentes dialógicos e indispensáveis à Complexidade (Morin, 2008). Portanto, ao realizarmos esse trajeto nos inspiramos nos três princípios ou operadores do pensamento complexo que se interconectam.

O operador dialógico refere-se na possibilidade de que racionalidades diferentes possam estabelecer relações que não sejam excludentes, sendo diferente da dialética que propõe uma idéia sintética entre a tese e a antítese. Dessa forma, ampliam-se as possibilidades de articular diferentes racionalidades e concepções antagônicas. A dialógica torna-se importante na medida em que coexistem no mundo da vida paradoxos, momentos de tensionamentos que, muitas vezes, são impossibilitados de estabelecer diálogos.

O operador recursivo indica que os limites entre produto /produtor, causa/efeito são rarefeitos. Ou seja, a Complexidade rompe com o pensamento linear binário que supunha que ao eliminar a causa suprimia-se o efeito (Mariotti, 2007). A recursividade subverte os processos organizativos quando horizontaliza o efeito das ações e suas causas. O efeito é ao mesmo tempo causa dos acontecimentos.

Numa fotografia hologramática cada ponto contém virtualmente a totalidade do objeto reproduzido (Mariotti, 2007; Navarro, 2006). O operador hologramático assume que cada parte do holograma contém a totalidade de si mesmo (Morin, 2008). Tal perspectiva não faz a disjunção entre sujeito/objeto, objeto/contexto. O humano é um ponto do holograma que contém a totalidade da sociedade e da espécie, porém, os processos de singularidade do humano coexistem e não podem ser reduzidos a essa totalidade. Por exemplo, a sociedade como um todo está presente em cada indivíduo seja na sua linguagem, seja em seus saberes como nas suas obrigações e normas (Morin, 2002).

Portanto, assumir tal postura epistemológica da pesquisa é entendermos que esses pressupostos articulam diferentes racionalidades para compreendermos as complexas relações produto-produtor, causa-efeito, parte-totalidade. Portanto, se relaciona com as premissas do projeto da integralidade que propõe a dialogia das tecnologias e recursos disponíveis não dissociando a atenção da assistência e da gestão.

- Cenário da pesquisa e seus participantes.

O espaço da realização da coleta das informações foi uma Comissão de Políticas Públicas (CPP) do Conselho Regional de Psicologia (CRPRS). Essa comissão discute semanalmente a relação da Psicologia com as políticas públicas. É aberta a todos os(as) psicólogos(as) registrados no CRPRS que estejam interessados em participar das discussões. Trata-se de um espaço representativo e, por isso, pautado pela diversidade de posicionamentos e experiências. Além disso, é um espaço importante nas discussões de políticas públicas e a interface do fazer psicológico para a categoria.¹⁹. A inserção no CRPRS se justifica pelo lugar de representatividade formal de e pela efetivação no cotidiano dessa representatividade (CRPRS, 2009). O CRPRS tem contribuído para a discussão e reflexão do fazer do(a) psicólogo(a) na saúde coletiva através de pesquisas realizadas pelo CREPOP, que têm servido para criar referências técnicas para uma atuação compromissada com as reais necessidades da população.

¹⁹ Osório, J.; Scarparo, H. (2007). Da idéia à ação: o surgimento da psicologia com força insitucional no estado do rio grande do sul. Projeto de pesquisa de Iniciação Científica da PUCRS, sob orientação de Helena Scarparo.

No entanto, a Comissão foi pensada na perspectiva do holograma, na medida em que é um espaço que reúne ao mesmo tempo singularidade e diversidade de experiências no campo da Psicologia. A idéia do holograma foi inspiradora nos estudos da Complexidade pois é uma forma de produção de imagem diferente do recurso fotográfico. A principal diferença entre ambas é que na fotografia *“cada parte da mesma representa uma parte específica do objeto que representa. Em um holograma, pelo contrário, cada parte – cada região do mesmo – contém informações sobre a totalidade do objeto correspondente”* (Navarro, 2006, p.238)

Com isso, nas ciências sociais, a hologramaticidade tem sido utilizada como uma metáfora ilustrativa dos fenômenos sociais (Navarro, 2006). Mediante tal idéia, pensarmos a CPP como uma organização hologramática é apostarmos em seu caráter idiossincrático e entendermos que as discussões e produções de sentido sobre o papel do(a) psicólogo(a) nas políticas públicas se produzem e auto-produzem constantemente (Navarro, 2006). Dessa forma, é sustentarmos que as discussões e conhecimentos que nesse espaço acontecem, de algum modo, refletem os espaços de circulação profissional que cada ator social participa compondo uma rede de discussão apoiada em processos dialógicos entre os sujeitos.

Diante dessas considerações, sublinhar a Psicologia enquanto disciplina de um saber/fazer e a Comissão a partir de uma esfera hologrâmica não reduz nem fragmenta nossa discussão sobre a interface Psicologia e Saúde Pública, na medida em que reconhecemos a unidade e a multiplicidade dos discursos e os posicionamentos que emergem na referida comissão. Tal premissa coloca o espaço de coleta das informações como um espaço transversalizador das discussões que estamos propondo. Essa ressalva é importante, porque partimos de um lugar, a Psicologia enquanto disciplina, dentro do campo da saúde coletiva que possibilita falar a partir de um ponto de uma rede infinita e sempre aberta de saberes que se conectam, que se tocam, que se perpassam e que está sempre aberta a novas reflexões.

A partir disso, ao escolhermos Psicologia enquanto disciplina e a CPP enquanto coleta das informações não queremos essencializar a produção a partir dessa interface, pois sendo a saúde um campo constituído de saberes multidisciplinares, tal postura iria de encontro com os preceitos do SUS. A Complexidade propõe um olhar além de uma racionalidade holista e reducionista. A primeira sublinha o todo em detrimento das partes e a segunda ao se preocupar com as especificidades da parte negligencia o todo (Morin, 2008).

Os sujeitos da pesquisa foram 6 psicólogas que participam da referida comissão semanalmente. Em quase sua totalidade, são profissionais do sexo feminino que trabalham na esfera pública, seja na assistência, na saúde, seja na gestão e são representantes de várias faixas etárias e observamos ainda a multiplicidade de opções teóricas. Reconhecendo a

complexidade dos cenários visitados entendemos que a participação se expressa em outras possibilidades de encontro para além das reuniões da CPP. Dessa maneira compreendemos os(as) participantes na perspectiva hologramática.

- Sobre a coleta das informações

Para a coleta das informações foram respeitadas as orientações do protocolo do Comitê de Ética e Pesquisa da PUCRS. Para tanto, realizamos um contato com a presidente do órgão representativo, apresentando o projeto da pesquisa proposto e a forma de inserção do pesquisador no campo de trabalho. Após a tramitação legal, as combinações sobre a realização do trabalho foram feitas da seguinte forma: acertamos a participação do pesquisador nas reuniões semanais da comissão entre outubro de 2008 a julho de 2009. No decorrer do processo era realizado um diário de campo sobre os temas das pautas e as experiências/impressões que o pesquisador ficou de cada reunião.

Os instrumentos que fizeram parte do processo de coleta das informações foram: entrevistas narrativas e a realização de uma roda de conversa. A entrevista foi realizada individualmente no local escolhido pelo entrevistado, com duração em média de uma hora, realizada com 6 (seis) psicólogas que participam da CPP. O convite foi feito à todos(as) psicólogos(as) da comissão e 6 se voluntariaram para participar da pesquisa. Ela foi gravada, transcrita e remetida ao entrevistado após sua transcrição para que pudesse acessar e reconhecer a autoria a partir do nosso encontro. Essa entrevista pretendeu investigar os sentidos de cuidado nas práticas de trabalho do(a) Psicólogo(a) no intuito de compreender que dimensões de cuidado se estabeleciam nas práticas dos entrevistados. Ao final da entrevista, era solicitado a entrevistada trazer uma imagem²⁰ que remetesse a idéia de cuidado para elas que pudesse servir como instrumento disparador para a discussão na roda de conversa.

Após as entrevistas realizamos uma roda de conversa com a temática “*Sentidos de cuidado nas práticas psicológicas*”. Essa atividade foi aberta a todos os integrantes da comissão, inclusive, aos que não tinham participado da entrevista narrativa. Contou com a participação de três colaboradores do grupo de pesquisa que fizeram anotações das informações produzidas durante a realização da roda de conversa, que foram integradas as nossas anotações de campo. A escolha por realizar apenas uma roda de conversa deu-se pela qualidade das produções sobre os sentidos de cuidado e pela inviabilidade do grupo reunir-se em outros momentos.

- Análise das informações.

²⁰ Na roda de conversa as imagens não foram mostradas pelas participantes, exceto uma que disponibilizou a imagem. Os/as outras participantes partiram de uma memória de imagem significativa para ser disparadora das discussões.

Para realização da análise das informações utilizamos os recursos da perspectiva das práticas discursivas/produção de sentido e dos operadores da Complexidade proposto por Edgar Morin. Dessa forma, após a transcrição das entrevistas narrativas e da roda de conversa, realizamos uma leitura minuciosa e repetida a partir da fala dos participantes, que permitiu construirmos temas de compreensão. O diário de campo possibilitou a integração das informações anotadas juntamente com as impressões do pesquisador.

A produção de sentido se articula com a Complexidade na medida em que ela é uma prática social e dialógica. Busca compreender “*as práticas discursivas que atravessam o cotidiano (narrativas, argumentações e conversas, por exemplo), como repertórios utilizados nessas produções discursivas*” (Spink, 1999). Assim, os discursos aparecem como momentos de ressignificações, rupturas em momentos ativos do uso da linguagem (Spink; Medrado, 1999). Advém da perspectiva construcionista da Psicologia Social que compreende a produção dos sujeitos como um “*processo dialógico e histórico que se constrói no cotidiano e que é produto do posicionamento das pessoas frente aos grupos, às situações e demais relações sociais, onde a saúde representa um desses conceitos*” (Matta; Camargo Jr, 2007, p.138). Cabe ao pesquisador fazer a articulação dialógica.

A afirmação acima reintroduz o sujeito pesquisador na sua observação rompendo com o predicado da racionalidade clássica que separa o sujeito do objeto da pesquisa (Morin, 2007a; Morin, 2008). Desse modo, o método articula os processos que acontecem no decorrer da pesquisa atentando aos aspectos multidimensionais, pensando os aspectos inventivos na produção do conhecer (Morin, 2007a; Morin, 2008).

Esboçaremos a seguir os resultados deste processo a partir de cinco eixos, construídos e apoiados nos operadores dialógico, recursivo e hologramático entre: as narrativas, a roda de conversa e o diário de campo. Os temas de análise foram intitulados da seguinte forma. Primeiro “*Cuidado como possibilidade de relação*”; o segundo tema denominado “*O cuidado na formação em psicologia e os espaços de representação como sentidos de cuidado*”; o terceiro “*A escuta como cuidado: processos dialógicos entre os atos cuidadores e produção humana*”; o quarto “*Por uma ética complexa do cuidado*”, o último tema “*Memórias de trabalho e cuidado: da solidão do inventor às práticas transformadoras*”.

4.1 MEMÓRIAS E PRÁTICAS DE CUIDADO, COMPLEXIDADE E PRODUÇÃO DO PRESENTE.

4.1.1 Cuidado como possibilidade de relação

Retomando os objetivos desse estudo, dentre os específicos tínhamos a idéia de mapearmos os sentidos de cuidado dos(as) psicólogos(as) participantes de uma comissão de

políticas públicas, que discutem o fazer psicológico na políticas públicas. Tais sentidos iam ao encontro de entendermos como se apresentavam as linhas de cuidado nos discursos desses participantes e como esse conceito ia se constituindo nas práticas de trabalho enquanto psicólogos(as).

Um primeiro sentido que surgiu como plano de emergência entre as narrativas e a roda de conversa foi a dimensão do “Cuidado como possibilidade de relação”. Sabemos que o modelo hegemônico da saúde no Brasil ainda incide numa teoria sobre a doença que exclui o sujeito em detrimento do adoecimento (Camargo Jr., 2003). Tal modelo ainda é pautado no diagnóstico e no tratamento das doenças definidos pelo saber científico que prioriza as alterações e lesões corporais dificultando a atenção e o cuidado integral em saúde (Valla, 2007). Com isso, a ênfase nos processos técnicos reduz o encontro entre os sujeitos nas instituições a uma obsessão pelo objeto de intervenção: o órgão doente ou a patologia (Carvalho; Bosi & Freire, 2008). Tal racionalidade fragmenta e simplifica o mundo das práticas com o mundo da vida (Morin, 2008, Morin, 2005b), produzindo práticas excludentes e descontextualizadas dos direitos humanos. Dessa forma, produziam-se práticas assépticas em relação ao outro.

Essa ênfase acompanha a história da saúde no Brasil, pois até a Constituição de 1988 as ações entre assistência, cuidado, gestão e as relações entre técnicos(as) e usuários(as) eram fragmentadas. Essa proposta configurou-se a partir de um modelo da medicina clássica que maquinifica o corpo, fragmenta-o e biologiza-o, reconhecendo somente o caráter *bio* das doenças que concebe o indivíduo como objeto, construindo práticas individualizantes (Silva Jr, 1998) impeditivas de transformações através de processos dialógicos, na medida em que super dimensiona o biológico em detrimento do social (Morin, 2003; Morin, 2007a; Morin, 2008).

Em oposição a essa visão, o que emergiu nas narrativas foi o caráter relacional do cuidado nas práticas psicológicas, que vê no encontro do técnico com o usuário(a) uma possibilidade de produção de saúde. Portanto, nas narrativas a dimensão do cuidado como relação foi muito importante como demonstra nestes fragmentos

Eu acho que cuidado é algo que deveria ser pertencente a relação . E como nosso trabalho é relação não tem como...na minha concepção não tem como tá fora? É...eu acho que o nosso trabalho é centrado na relação...sempre...seja no ponto de vista de um atendimento individual, seja num atendimento grupal, de uma participação na CPP...ou qualquer espaço que a gente esteja. (narrativa 02)

Eu entendo cuidado como essa possibilidade de estar junto, de respeitar o sujeito e acompanhar ele no seu sofrimento, nas suas vitórias, na sua caminhada (narrativa 04).

Essa idéia do cuidado com forma de relacionar-se a partir e durante a relação contrapõe-se com a idéia assistencialista e prestativa de ajuda.

Mas quando o cuidado reporta essa coisa do ajuda, sabe, dessa idéia de ajudar,... como se tu tivesse fazendo uma obra de caridade, tu entende, como se tu tivesse (...) de repente (...) fazendo aquilo que é do senso comum. Me parece que isso é o que não pode (...) (narrativa 01)

Esse sentido retira o cuidado da visão de um assistencialismo e de um lugar romantizado do cuidado como intrinsecamente humano. O cuidado como possibilidade de relação possibilita a ruptura de atos de saúde não tutelares com o outro como observamos no excerto abaixo:

Tem que ter também o “cuidado” para não tutelar o outro. Então há que ter um cuidado com “o que é cuidado” e o “que é tutela”. E o cuidado sempre do ponto de vista da promoção da autonomia do outro, (...) .de permitir que o outro seja ao mesmo tempo protegido e cuidado e que não perca a sua autonomia, a sua iniciativa própria e que tem o seu jeito e respeitando as suas características e o jeito de ser, de viver, de estar no mundo de cada pessoa cuidada, de cada grupo, de cada sujeito que a gente cuida (narrativa 06).

Sabemos que, não raro, o(a) usuário(a) nos espaços de saúde é reduzido à condição de ‘*carente*’ cujos direitos de um atendimento digno são reinterpretados por benesse ou esforço pessoal do profissional. Atendimento esse que se espera, em contrapartida, imediata gratidão (Deslandes, 2007, p.390). Se o cuidado na saúde não é prestação de ajuda nem a constituição de uma relação tutelar com o outro, as relações de trabalho na saúde passam ser apostadas como usuário-centradas e não mais centralizadas nos procedimentos das tecnologias duras (Merhy, 2005). A área da saúde apresenta algumas diferenças importantes, quanto à prestação de serviços.

Na produção de sapatos, por exemplo, há produção de produtos, mas não em ato, portanto, é uma produção de trabalho morto (Merhy, 2005). Diferentemente, uma ação em saúde, apresenta um produto realizado em ato, pois ele é sempre vivo e centrado na relação da produção de atos cuidadores (Merhy, 2005). Portanto o que confere vida ao trabalho é justamente a tecnologia leve que são as tecnologias relacionais (Merhy, 2005; Merhy, 2006b). Com isso, cuidado tem a ver com relação e possibilidade de disponibilidade com o outro que é o referencial de nossas práticas.

*(...)é a disponibilidade necessária pra que a gente possa ter cuidado com o outro. A palavra era disponibilidade....que me fez trazer essa imagem...de mostrar pelo menos o que passa, o que a mim passou...então é isso....plenamente disponível pra estar com a outra e pra ajudar naquilo que...que...o outro pudesse...desenvolver...ouvir.
Eu acho que cuidado...e não somente na nossa área, mas em qualquer situação de vida é isso, é a gente se disponibilizar pra estar com esse outro, pra se encontrar com esse outro e pra ele fazer uso de nós da forma que ele precisar (...) (roda de conversa).*

Quando afirmarmos que o cuidado é da ordem da relação e que acontece na e através desta, portanto é uma ação temporária. Mais do que isso, visa à autonomia da gestão da vida do(a) usuário(a), como aparece no contexto abaixo:

Então pra mim o cuidado ele é...ele é muito mais do que assistência, (...) ele é temporário...o cuidado ele é temporário. Temporário no sentido de que sempre a gente tá investindo e

apostando sempre que um dia a pessoa possa estar exercendo o auto-cuidado, respeitando as suas expectativas, mesmo que isso possa ser uma utopia (narrativa 06).

Esses sentidos de cuidado nas práticas da psicologia reintroduzem o(a) usuário(a) como protagonista e parte fundamental do seu processo de promoção e cuidado em saúde. Contraria a hegemonia da visão acerca do projeto terapêutico que geralmente é realizado pelos profissionais sem a consulta do sujeito que está em processo de adoecimento. Observamos ainda nos espaços de trabalho em saúde condutas profissionais indiferentes à fala do(a) usuário(a) que vai em busca de um atendimento. A Política Nacional de Humanização através de suas diretrizes veio reafirmar o sujeito como protagonista do processo de saúde e as ações de saúde visando à autonomia. Tal documento atenta para uma escuta humanizada, do conhecimento de sua rede social e também dos territórios de circulação dos(as) usuários(as) (Brasil. Ministério da Saúde, 2004b).

Então, o cuidado pode ser visto como algo da ordem da processualidade e um dos seus escopos é horizontalizar as nossas relações no mundo do trabalho juntamente com o usuário(a). Se entendermos o cuidado nas nossas práticas psi como algo temporário e construído na relação com o sujeito que cuidamos através de uma intercessão horizontal, é possível afirmar que ao desenvolvermos práticas de cuidado nós nos produzimos e coproduzimos enquanto sujeitos (Campos, 2007). O cuidado para os sujeitos da pesquisa é produtor recursivo das relações entre técnicos e usuários(as) do serviço, na medida em que as nossas ações também nos constituem. Um processo recursivo é circuito gerador no qual os produtos e efeitos são produtores e causadores daquilo que produz (Morin, 2003). Portanto, essas questões constituem relações, situações; fabricações de encontros possíveis, nas palavras de (Merhy, 2005).

Esses encontros entre técnicos e usuários(as) só são possíveis a partir da dimensão relacional do cuidado, porque o processo de cuidar envolve um encontro sempre singular entre os sujeitos. (Barros, 2008). E se ele é encontro sempre da ordem da singularidade ele é uma aposta numa tecnologia leve que tece e recompõem as relações no mundo do trabalho em saúde. E para haver fabricação de encontros possíveis com o(a) usuário(a) em defesa da vida e da saúde, os sentidos de cuidado nas narrativas ratificam o cuidado como disponibilidade ao outro.

Na relação, qualquer relação onde eu consiga me sentir disponível eu acho que o cuidado tá ali, tá presente. Nesse sentido o enfoque teórico que eu escolhi[abordagem humanista] me facilitou bastante pra poder me olhar e me disponibilizar, buscar esse jeito, digamos ...nessa forma de estar com o outro, dessa forma disponível, desprotegida de certa forma ...(narrativa 02).

E o cuidado pra mim é estar com...é fazer com a pessoa, com o sujeito, é estar com ele e permitir que ele faça algumas vezes, ele faça como estar com ele, e que ele possa até fazer

sozinho, que ele faça por ele. Então o cuidado não tem assim uma relação tutelar e coisa e tal com o outro. (narrativa 06).

Dessa forma, o cuidar para Valla (2007) tem relações com uma atitude interativa que inclui o envolvimento entre as partes, mediante uma relação de respeito pelo sofrimento do outro, de acolhimento. Estar disponível para esse encontro significa respeitar as histórias de vida das pessoas que encontramos nos processos de trabalho e promover a autonomia dos (as)usuários(as). Por isso, entendemos que o cuidado como forma de relação contrapõe a visão da biomedicina clássica que higieniza as relações e centraliza os procedimentos de cuidado numa disciplina.

Dissonante de uma lógica simplificadora que fragmentou o campo do conhecimento com o da prática, esses sentidos rompem com os discursos e as práticas descomprometidas com os direitos e dignidade humanas. Entendendo as práticas como forma de relacionar-se, que as participantes da pesquisa se reconheciam no lugar de cuidadoras.

No trabalho na atenção direta ao usuário, eu acho que é o lugar, é a forma como eu me sinto mais cuidando ... falei da questão do AT(acompanhamento terapêutico), da qualificação... eu acho que são espaços, todos os espaços de cuidado. (...). Eu me sinto, eu sinto que me realizo mais enquanto profissional e me sinto cuidando mais quando eu estou na atenção direta. (narrativa 04).

Esse sentidos levaram os/as participantes da pesquisa a refletirem sobre o cuidado com a formação em Psicologia, na medida em que essa forma de trabalhar, de estar disponível sem uma roupagem tecnológica dura não era obtida na formação básica da Psicologia, nos cursos de graduação.

4.1.2 O cuidado na formação em psicologia e os espaços de representação como sentidos de cuidado.

Com relação aos sentidos de cuidado, as entrevistadas se referiam freqüentemente à questão da formação em Psicologia na saúde coletiva. Tal referência descrevia as práticas e as exigências que suas experiências de trabalho solicitavam enquanto campo profissional. Dessa forma, foi possível tecermos algumas considerações acerca da formação em Psicologia. Sabemos que a formação profissional na Psicologia, em nome da pluralidade de teorias e pensamentos constitui-se fragmentada. Desse modo, entendemos a partir de Barros (2006) que

os processos formativos oferecidos pela universidade têm sido analisados como desvinculados e descomprometidos com a realidade, não produzindo, dessa forma, saberes que 'revelam ou transformem essa realidade'. 'São saberes que não sabem', fragmentados e desatualizados, que não apresentam relação com a realidade (Barros, 2006, p. 138).

De acordo com Silva (1992), durante décadas, as práticas de ensino na Psicologia estiveram direcionadas para o exercício autônomo da profissão, priorizando os seguimentos psicoterápicos aos padrões de classe média que serviram de base para a padronização dos nossos instrumentos, métodos e técnicas. Sabemos que o recorte das disciplinas

impossibilitou entendermos a complexidade dos acontecimentos (Morin, 2002). Dessa forma, os currículos disciplinares dos cursos de formação em Psicologia, ainda continuam privilegiando a formação de linhas teóricas que priorizam uma clínica privatista, individualizante e descontextualizada (Giuliane, 2007; Silveira, 2007), embora em alguns espaços, importantes reformulações nos currículos têm sido feitas para romper com tal linearidade. O conhecimento especialista abstrai o objeto do seu contexto, rejeita os laços que tecem comunicações entre os saberes e compartimentaliza as informações (Morin, 2002). É para essa relação que as narrativas convergiram

(...) eu tenho muitas críticas a formação do psicólogo hoje...eu acho que tá muito aquém do que a gente precisa, tá muito aquém do momento atual exige que a gente tenha . Eu acho que o tempo (...) da psicoterapia individual (...reservadinha, privada...já passou, porque é um pedacinho, é um jeito, uma forma de exercer psicologia, já há muito tempo, é só um pedacinho e na formação parece que ainda não se deu conta disso, a gente está engatinhando ainda em estudar o coletivo, pensar na saúde mental como um processo de promoção coletiva, processo coletivo de promoção de saúde, de cuidado.E eu acho que pode ir muito além, a formação pode ir muito além e eu acho que isso tornaria a gente melhores no que a gente faz, melhores até como pessoas, como seres humanos (...) (narrativa 02).

E...e...acho que isso é uma tendência de vários cursos assim, até um determinado momento lá na federal, também tinha uma coisa de uma formação para a psicologia muito pra uma clínica tradicional ...tópicas, processos psicodinâmicos, ...intervenções...parará... sintomatologia (...) (narrativa 03)

Spink (2003) destaca essa linearidade dizendo que, no nível da graduação, o domínio do modelo psicodinâmico que sublinha as aplicações técnicas e clínicas não traz para a discussão, salvo raras exceções, questões relacionadas com a saúde pública. Além disso, o saber hegemônico da universidade ainda pauta o indivíduo como um ser abstrato, desconsiderando seus processos históricos, trazendo a marca do modelo médico hegemônico no estudo do processo saúde e doença (Spink, 2003).

Somado a isso, a tradição acadêmica tem privilegiado o saber do especialista que, na maior parte das vezes, produz como afirma (Barros, 2006) saberes-propriedades, que se apoiam em “*estratégias homogeneizadoras que excluem a diferença, a multiplicidade e, portanto, a polifonia indispensável quando temos a integralidade em saúde como horizonte*” (Barros, 2006, p. 137). Isso revela-se um consenso entre os profissionais, isto é, a formação é hegemônica em relação à abordagem biologicista, medicalizante e procedimento-centrada (Ceccim; Feuerwerker, 2004). Essa postura especialista produziu e produz enclausuramento e fragmentação do saber (Morin, 2003; Morin, 2007a; Morin,2008).

Havia nas narrativas e na roda de conversa estratégias para dar conta da deficiência da formação. Uma dessas estratégias era a supervisão, conforme o fragmento abaixo:

*Mas, hã...na supervisão eu não encontrava o que eu precisava, e nem sabia onde buscar essa supervisão muitas vezes,...e nem cursos assim, ...não é que tinha assim um curso , uma pós, , sabe, não...não tinha isto naquela época (...)*Buscava na supervisão e da supervisão eu voltava quase que com menos do que eu tinha ido, ou com mais dúvidas. Não dúvidas, mas frustrada

porque eu não conseguia, creio que eu precisava...e aí assim oh,...o cuidado me fez pensar em ajuda e a ajuda como uma(...)algo não técnico, algo não profissional e que eu sempre me cobrei muito. (narrativa 01).

Obviamente, diante dessa realidade, vinha o relato do sentimento de desapontamento das tentativas de supervisão, que denotavam intenções de produzir outros sentidos para as suas práticas. Porém, a supervisão denunciava o caráter fragmentador do conhecimento e da dissociação do terreno prático do político e da própria supervisão que deveria se constituir como espaço recursivo e dialógico que exigisse posicionamentos para mudanças. Todavia, cursos de graduação na área da saúde ainda entendem a formação como competência técnica separadas do terreno político (Barros, 2006). As práticas como competência-técnica são marcadas pela racionalização, conscientização e tecnicismo. São práticas concebidas “*como tendo etapas previamente estabelecidas pelo viés acadêmico-escolar e cumpridas sequencialmente até que alcance o “modelo” profissional/pessoal concebido como desejado, esperado, e, portanto, natural*” (Barros, 2006, p.137).

Essa herança tem efeitos no campo da formação em Psicologia, principalmente quando pensamos a formação clínica individual como prioridade. Partindo desse cenário, Silva (1992) afirma que a manutenção de um modelo de formação centrado na clínica alimenta a imagem social do(a) psicólogo(a) que é a do clínico especializado, na medida em que se priorizam as ações individuais em detrimento das coletivas, trazendo conseqüências no âmbito da formação e conseqüentemente no da prática. Dessa forma, produzimos diversas dicotomias no campo da formação e do trabalho uma vez que a nossa formação em nome das especificidades da Psicologia desarticula as disciplinas criando discursos monofônicos.

A gente ...eu acho que a formação do psicólogo ela foi , ela ainda é muito fechada a um...a um...modelo clínico ainda muito conservador . Eu acho que o psicólogo ainda tá saindo da universidade pra fazer clinica e que clínica é essa que ele tá saindo pra fazer (narrativa 02).

Adquirimos nossa formação na desarticulação dos saberes sobre as psicologias, quando supervalorizamos os procedimentos técnicos para dizer uma “verdade” sobre o sujeito colaborando para uma ação não reflexiva (Silva, 1992). Um exemplo disso é a questão da clínica que ao tomar a prática psicoterapêutica como seu sinônimo, inviabiliza a discussão de legitimar outros modos de produção da mesma. Trazer essas questões não tem o objetivo de culpabilizar os profissionais ou o currículo por sua formação, porque tal postura é negar toda uma referência de uma dinâmica da produção social do qual se constituem as realidades (Barros, 2006).

A segunda possibilidade de enfrentamento da formação diz respeito à reunião de equipe nos serviços de saúde e a participação em grupos de trabalho e em espaços de representação. É de reconhecimento público e no âmbito das pesquisas científicas que atuar

no setor saúde pode provocar sofrimento e mal-estar nos profissionais, como mostra pesquisa de (Beck 2000; Guzzo, R; Lacerda Jr., 2007). Reconhecemos que o trabalho em saúde é atravessado por processos de tecnoburocratização dos procedimentos, pela precarização dos espaços de trabalho e o pelo aumento de demanda por atendimento cada vez maior. Isso leva, muitas vezes, a vivência de um sentimento de solidão dos profissionais.

Muitas vezes esse sofrimento no trabalho é “acentuado pela tendência à profissionalização e à especialização da relação, que resulta em convertê-la numa prestação, devida, de serviços – num mecanismo “asséptico” de ‘solidariedade delegada’ (Pinheiro; Guizardi, 2006, p.42). Um dos sentidos do cuidado estava relacionado à reunião de equipe ou participação em comissões e grupos de trabalho (GT’s) como um espaço de cuidado. Entendemos que a reunião de equipe pode ser um espaço potente de cuidado e de organização das ações de saúde. As narrativas abaixo destacam a importância da reunião para os sujeitos da pesquisa:

Toda 3ª de manhã fechava o serviço e tinha esse espaço pra ter um cuidado nosso também, por que também não é fácil trabalhar em serviço assim de saúde mental por que as pessoas entram em crise lá, e tu tem que lidar com a crise naquele momento (narrativa 05).

a gente tá tentando ter esse espaço da reunião de equipe como um espaço de cuidado e isso é muito difícil porque as pessoas não estão acostumadas com essa outra forma de trabalhar (...) de poder ter esse espaço de troca com outros colegas, pra mim é sempre muito importante, porque eu sempre me senti muito cuidada e isso me fortaleceu (...)e acho que e essa imagem das mãos pra mim significa isso...do cuidado, dessa troca....desse afeto, dessa conexão...com essa outra pessoa...acho que era isso (roda de conversa).

(...)Eu acho legal quando a gente participa de grupos que traz oxigênio. Eu me sinto oxigenada quando eu venho participar dos grupos aqui, de estabelecer aqui pelo menos crivo...assim de qualidades, pra quando eu retorno pro meu local de trabalho, pra continuar assim como elo, com a fonte...que eu também preciso ter (roda de conversa).

(...)enquanto profissional da saúde, tem que achar um espaço onde se sinta cuidado, eu acho que pode ser vários espaços . Eu acho que a reunião de equipe é um espaço onde acho que a gente pode ser cuidado (roda de conversa).

Entender a equipe e sua participação em comissões e em grupo de trabalho como um cuidado para si está relacionado com a questão do auto-cuidado, que se refere com o “se respeitar”, como demonstra a idéia abaixo:

(...) forçosamente eu aprendi que o cuidado, um dos aspectos do cuidado é a questão do se cuidar...e o que é o se cuidar? Pra mim assim, o se cuidar não é aquela coisa...taxativa, pré-estabelecida assim, se eu me cuido eu vou fazer terapia (...) Não pra mim o se cuidar é antes de mais nada, eu me respeitar como ser humano, eu me entender, eu me ver como uma pessoa e não só como um psicólogo (...)pra ser um psi...pra ser um...um bom profissional eu vejo assim, eu tenho que me cuidar e pra me cuidar eu tenho que me entender como uma pessoa que eu tenho lá meus sentimentos, eu tenho as minhas preocupações, (...)eu tenho limitações (...)tenho que ter também...lazer, e que eu tenho que ter meu tempo (narrativa 01).

(...) às vezes pode ser que o cuidar-se que seja, eu poder dizer pra mim mesma...eu não tenho condições de atender o caso...eu tô me sentindo sem a condição e eu vou ter que dividir isso com alguém ou vou ter que encaminhar, sei lá....(narrativa 01)

Isso denuncia as fragilidades do mundo do trabalho, ou seja, denuncia a dificuldade de, muitas vezes, suportar as redes de significações que o contato com os sofrimentos das pessoas nos coloca. Sendo a saúde depositária de vários sentidos e significados, são nos espaços de cuidado que as misérias do humano se presentificam. Somado a isso estão as condições de precarização dos espaços de atendimento, a alta demanda e a cobrança por produtividade (Machado; Merlo, 2008). E, portanto, diante da diversidade de queixas e necessidades que se multiplicam, os profissionais em nome de um suposto saber, acreditam que podem acolher toda demanda de atendimento.

(...)mas a gente acha que pode suportar tudo ...que tudo é possível. E não é. E daí entra uma questão de cuidado. De ver assim, o quanto a gente tem limite, o quanto a gente precisa de atenção, de investimento também pra poder ter outras possibilidades, com outras pessoas. Porque também a gente precisa disso (...) A suportabilidade é algo que a gente também constrói, ela tanto pode ser uma parede, como ela pode ser permeável e a gente constrói defesa. (roda de conversa).

(...)a gente precisa ter esse espaço com outros colegas. Por exemplo, quando a gente senta pra discutir, pra mim eu me sinto cuidada e consigo suportar aquele sofrimento do outro, porque não é fácil, porque é difícil e muitos profissionais não têm esse espaço, estão sozinhos, enfim de ter esse espaço do cuidado com o cuidador (roda de conversa).

Uma reunião de equipe precisa também ser construída e significada. Ela pode ser que nem a rede, vários que ao mesmo tempo estão no mesmo lugar e isso não quer dizer exatamente, ter a capacidade de fazer circular a palavra, de cuidar do outro, de poder compartilhar uma situação mais complexa (...)tem coisas muito complicadas e que a gente as vezes quer sair fora, mas não tem como enfrentar isso sozinho (roda de conversa).

Desse modo, ao reconhecermos tais sentidos, fazemos algumas observações em relação à formação acadêmica e às práticas da psicologia. Uma das observações para a formação é pensar práticas que possam produzir rupturas nos modelos hegemônicos em curso, baseado na perspectiva das práticas de integralidade e cuidado (Barros, 2006). Práticas que não dissociem o terreno da intervenção com o do político, o da técnica com o da ética, a do trabalho com o a da vida.

Diante disso, entendemos que

a luta pela reformulação ou reorganização das formas curriculares precisa se orientar para os modos de cuidar, a concepção da clínica que se atualiza nos estabelecimentos de cuidado, que não pode se dissociar das lutas políticas presentes no âmbito local (de cada unidade) e no âmbito geral (das políticas de governo) (Barros, 2006, p.139).

Assim, as práticas nos serviços ainda são marcadas pela fragmentação e por relações entre indivíduos centradas nos procedimentos e na doença, em detrimento do encontro entre sujeitos singulares que co-habitam aquele espaço (Silva; Gomes, 2008, p.306). Atualmente reativa-se a discussão sobre o Projeto de Lei do Ato Médico²¹ que mais uma vez centraliza a

²¹ PL 7703/06 que traz como prerrogativa a exclusividade do diagnóstico e da prescrição do tratamento ao profissional médico.

atenção numa disciplina específica. Dessa forma, colabora para a construção de práticas não integrais que reduz o sujeito ao corpo. Contrariando essa fragmentação Morin através de seus estudos na área da educação colocava como premissa ética a religação dos saberes, que impedissem essas dicotomizações (Morin, 2007c).

Partindo dessa reflexão, visualizamos, na última década, esforços para que a formação na área da saúde possa reconfigurar-se para dar conta das especificidades do campo da saúde coletiva. Em 2004, a Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação CNE/CES homologou a reformulação das diretrizes curriculares para os cursos de graduação em Psicologia no Brasil. Uma das competências da Psicologia no referido documento diz respeito à atenção à saúde:

(...)os profissionais devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde psicológica e psicossocial, tanto em nível individual quanto coletivo, bem como a realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética (Nunes, 2004, p.205).

Acreditamos que esse reordenamento possa acontecer com o fortalecimento da integralidade em sua dimensão de ruptura das práticas hegemônicas (Barros, 2006). A autora faz uma crítica à formação dos trabalhadores em saúde que apresenta um caráter de treinamento numa perspectiva ideológica cientificista, retirando o terreno político do campo da formação.

Barros (2006) expõe que

o debate sobre a formação, em muitas ocasiões, está atrelado à transmissão de conteúdos, marcados, privilegiadamente por racionalização, conscientização e tecnicismo. É concebida tendo etapas previamente estabelecidas pelo viés acadêmico-escolar e cumpridas sequencialmente até que se alcance o “modelo” profissiona/pessoal concebido como desejado, esperado e portanto, natural (Barros, 2005, p. 135)

Reconhecemos com Estellita-Lins (2008), que nenhum dos profissionais de saúde é formado para uma prática coletiva ou pública. No caso da Psicologia a Comissão de Especialistas no Ensino da Psicologia, constituída pelo MEC/SESU a partir do Edital 04/97, ao elaborar as diretrizes curriculares para os cursos de graduação, ratificou o caráter generalista da profissão do(a) Psicólogo(a), como destaca Moura (1999). Por generalista entendemos a integração de diversos conhecimentos teóricos metodológicos para uma atuação que considere a diversificação dos contextos e as especificidades da população brasileira. Dessa forma, a formação intenciona comprometer os(as) Psicólogos(as) com a realidade social, como agentes transformadores de uma sociedade mais justa e democrática.

Entender a integralidade e a produção do cuidado como eixo da formação é apostar numa formação que passe pelo respeito do humano. Respeito daquilo que é nosso, respeito pelo outro. Essa é a nossa segunda observação. Acreditamos juntamente com Estellita-Lins

(2008) que o respeito e o cuidado pelo outro pode ser ensinado, incluído e compartilhado na formação porque praticar relação é se direcionar a uma preocupação em cuidar do outro. Com isso, entendemos que não se aprende sobre o cuidado intramuros, por isso a necessidade de formação pautada por reflexões teóricas sobre as práticas.

O Ministério da Saúde vem investindo nos pólos de educação em saúde como noção estratégica na formação e desenvolvimento do sistema de saúde atual que privilegia as transformações das práticas profissionais mais próximas da realidade da população. É a aproximação do mundo da formação com o mundo do trabalho (Brasil, 2004c, Ministério da Saúde). Outra estratégia é o VER-SUS, Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS/Brasil), que é uma possibilidade de, na graduação, estabelecermos uma interlocução entre teoria e prática do sistema de saúde vigente no país. Desse modo, por exemplo, outros processos de escuta vão se constituindo a partir das complexidades dos territórios vivenciados. A partir disso, outros sentidos de cuidado que iam se delineando nos discursos dos informantes referiam-se aos processos de escuta.

4.1.3 A escuta como cuidado: processos dialógicos entre os atos cuidadores e a produção humana.

Uma terceira dimensão do cuidado se refere à “Escuta como cuidado”. A idéia do cuidado como relação foi se abrindo à possibilidade de pensarmos sobre os processos de escuta. Cuidado como a possibilidade de uma escuta comprometida com o conhecimento e o afeto do(a) usuário(a).

Mas eu acho que fica essa necessidade de tu te abrir pra escuta, te abrir pra experiência do outro. Tu.... Poder escutar assim. Poder escutar de uma forma mais livre assim, pode falar também, de uma forma mais livre sabe (narrativa 04).

(...)de tentar ...fazer uma escuta mais próxima do real possível....porque...eu entendo que o respeito ...passa pela escuta ...e uma escuta que seja de fato uma escuta assim...que é poder me despir das próprias teorias, me despirem alguns momentos dos meus princípios (narrativa 01).

Tais perspectivas retomam a questão da humanização em saúde e de uma clínica para além dos pressupostos clássicos. Pensar numa escuta comprometida com a vida do(a) usuário(a) é construir uma clínica que propõe que todos os trabalhadores da saúde desenvolvam “a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater as doenças, mas a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas em sua vida” (Brasil, Ministério da Saúde, 2004a, p.11). Compreendemos que isso é a possibilidade de se fazer saúde em defesa da vida das pessoas.

Essa contribuição nos permite entender o cuidado e as práticas em Psicologia não dissociada do território onde os sujeitos habitam. Apostar nisso, é possibilitar uma relação

dialógica entre atos cuidadores e produção de vida (Brasil, 2004). Escutar significa ir além dos protocolos de entrevistas clínicas, possibilitar reconstruir/respeitar os motivos que levaram o seu adoecimento (Brasil, 2004a), e acima de tudo, é avaliar juntamente com o(a) usuário(a) quais os sentidos das relações de cuidado pra ele, entre o que ele sente e sua relação com a vida. A escuta, como afirma Heckert (2007), não pode ser reduzida a um ato protocolar, baseado em evidências ou reduzida a um jogo interpretativo, porque tal escuta produziria um efeito de tutela. Cuidar não envolve relação tutelar como referido na categoria o “Cuidado como relação”.

Explicitando tal idéia em uma das narrativas uma Psicóloga expõe o seu entendimento do cuidado na possibilidade de construir uma avaliação do processo de saúde juntamente com o(a) usuário(a) passando por uma escuta compromissada com a promoção de saúde.

Então assim, poder sentar com essa pessoa, que é de minha responsabilidade e saber como é que está sendo pra ti o tratamento? Está te fazendo diferença? Está te fazendo bem? (...)hoje tem esse espaço pra poder te acompanhar, cuidar de ti, te ajudar a pensar como conviver com isso, ... que surgiu na tua vida, com esse adoecimento, o que vai ser difícil resolver depois disso tudo, o que vai ser difícil de enfrentar e a gente tem meios pra fazer isso? (narrativa 03).

Isso ratifica a construção de possibilidades de vínculos entre o técnico com o(a) usuário(a). Entendemos que muitas das críticas feitas a respeito da relação dos profissionais de saúde com os(as) usuários(as) dos serviços colocam a questão da escuta como um ponto fundamental da construção de vínculo (Caprara, 2007, p.231). Desse modo, apostamos num cuidado relacionado às práticas da Psicologia como uma possibilidade de escuta que pode se relacionar com “*produção da diferença, como estranhamento dos modos de existência instituídos e banalizados*” (Heckert, 2007, p. 210), na medida em que esse “fazer junto” rompe com processos de relações instituídas.

Tal sentido de cuidado alinha-se a idéia de integralidade, uma vez que o cuidado é uma ação integral e está relacionado com o ‘*entre-relações*’ de pessoas, ou seja, “*ação integral como efeitos e repercussões e interações positivas entre usuários profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo*” (Pinheiro; Guizardi, 2006, p.21).

Entender o cuidado como escuta na prática do(a) Psicólogo(a) é reafirmar os princípios ético-políticos que se referem à afirmação da vida e à responsabilidade com aquilo que criamos (Heckert, 2007), uma escuta que se considera uma “*escuta-experimentação que não visa aprender uma realidade, uma verdade sobre o sujeito, e sim abrir espaço para criação de modos de existência compatíveis com uma vida solidária e generosa, acompanhar os movimentos que criam paisagens por vezes suaves, por vezes endurecidas, por vezes mortificadas*” (Heckert, 2007, p.211)

Afirmarmos a escuta como cuidado e experimentação significa indicarmos que as necessidades do outro, com o qual lidamos, precisam ser incluídas, não por uma operação humanista e piedosa, mas como elemento perturbador e analisador dos modos de vida naturalizados, das práticas de saúde instituídas (Heckert, 2007). Nesse sentido, ouvir o outro implica uma escuta para além da lógica tecnocientífica (Madeira, L.M; Lopes, A.F.C; *et al*, 2007). Tal lógica é fruto da indissociabilidade entre ciência/técnica tanto que a expressão técnico-ciência se impregnou nos processos da vida (Morin, 2005a).

A escuta passa pelo reconhecimento da subjetividade, isto é, reconhecimento de que os sujeitos possuem histórias e vivências singulares, nas quais os profissionais e usuários(as), ao se colocarem em uma atitude de escuta, se dispõem a se transformar e a transformarem uns aos outros (Madeira, L.M; Lopes, A.F.C; *et al*, 2007). Dissonante com uma lógica simplificadora que fragmentou o campo do conhecimento com o da prática, esses sentidos rompem com os discursos e práticas descomprometidas com os direitos e dignidade humanas. Tal premissa baseia-se na idéia de que o cuidar tem a ver com o tratar, com o acolher, com o atender o ser humano em seu sofrimento (Pinheiro; Guizardi, 2006, p.21), produzindo relações de saúde alinhadas com os ideais democráticos e dos direitos humanos, conforme refere a seguinte passagem:

Mas pra mim o cuidado, ele passa pelo respeito, e eu não vejo como tu respeitar sem saber fazer a escuta ...pra mim....essa é a base pra qualquer fazer, não só pro psicólogo, mas pra qualquer fazer, até pro meu fazer burocrático, quando eu to atendendo no telefone ...quer dizer o cuidado que eu tenho que ter nessa escuta e também um cuidado (...) na forma de colocar. (...) é respeitar o tempo do outro, que é respeitar essa individualidade, essa subjetividade e que assim oh eu acho mais fácil fazer isso como profissional do que como ser humano (narrativa 01).

Com isso, assumir um cuidado que passa pela escuta compromissada com a integralidade e não com a doença colabora para destecnologizar²² o sofrimento. Entendemos assim, o destecnologizar, por exemplo, como a afirmação das tecnologias relacionais em detrimento do processo de medicalização, como a contenção química da sociedade, como principal estratégia de intervenção.

Pensarmos sobre as dimensões de escuta e de cuidado, parece uma possibilidade de rompermos com as idéias de uma clínica clássica que, ao desconsiderar a escuta como um “*transitar num terreno complexo*” (Heckert, 2007, p.200), tecnifica o ato de escutar, produzindo uma ação monofônica e, muitas vezes, dissociada do contexto que o outro se insere.

Ratificando essa questão em uma das entrevistas a Psicóloga menciona os efeitos dos processos de escuta no trabalho com crianças.

²² Termo utilizado por Corbisier, C. (2000), referenciado no final dessa seção.

(...)escutar é...cuidar. Às vezes, essas crianças nunca foram escutadas na vida...aquele momento que tu pára, escuta, respeita o sofrimento dela, ...e suporta aquilo, talvez aquele seja o registro que ela vai levar pra vida dela (roda de conversa).

Portanto, esses sentidos expressos se relacionam com a problematização dos efeitos das práticas. Pensarmos nos efeitos é refletirmos sobre as relações éticas que estabelecemos enquanto profissionais do universo do trabalho. É refletirmos sobre a utilidade das nossas atividades seja numa escuta comprometida com o desejo do outro, seja num acolhimento que fazemos durante uma intervenção.

4.1.4 Por uma ética complexa do cuidado

Os sentidos de cuidado apresentados nas narrativas e na roda de conversa foram dando lugar a uma preocupação sobre as práticas psicológicas e a ética, conforme observamos no seguinte trecho:

Então, o que que eu vejo assim, eu tive que aprender na prática, ...e muitas vezes eu me questionei e me questiono até hoje assim ...se isto era ético. Até hoje eu me questiono (...) porque se eu for levar ao pé da letra, o nosso código (...) é uma questão assim ética mesmo, ...que a gente não tiver certeza daquilo, a gente à princípio não pode assumir? (...) Só que não é bem assim. Com base nos meus referencias teóricos, ...no meu referencial clínico, no meu referencial organizacional, quer dizer com base naqueles recursos vivenciais da minha formação lá da graduação, e com a ajuda de supervisões, eu ia fazendo (narrativa 01).

Ou, como em outro fragmento que questiona se as nossas práticas são eficazes.

(...)eu me questionei muito nesta caminhada, ...de que...tchê...isso que eu estou fazendo é Psicologia...é (...) aceito, é...considerado, é facilitador? Às vezes, eu tinha dúvida de que se era ou não era facilitador (entrevista 02).

Na seção teórica ao problematizar as práticas psicológicas através da idéia de integralidade e cuidado, explicitamos nosso entendimento a partir do conceito de ética. Mas uma ética como entende Morin (2007c) que só é possível se vivida subjetivamente. Partindo da idéia de ética como subjetivação, é possível tecermos algumas reflexões sobre uma ética do cuidado. A ética de subjetivação entendida como práticas que constroem nossas subjetividades.

Atrair tal sentido é afirmar e/ou reafirmar a ética indissociável do terreno das práticas. Práticas como algo singular e pessoal de viver os valores, pois entendemos a partir de Ruiz (2004), que o decisivo da ética é a prática.

Segundo o autor, :

a ética é a potencialidade e desafio que cada pessoa tem e enfrenta de poder, através da prática vivenciada de valores e formas de existência, se constituir como sujeito, já que a constituição do sujeito se faz sempre através da prática ética. É o que podemos chamar de ética como prática de subjetivação (Ruiz, 2004, p.105).

A partir dessa afirmação, compreendemos que as práticas que deveriam se constituir no campo da saúde são práticas de abertura, escuta ao outro, acolhimento. Entendemos que na

produção de serviços em saúde ocorre simultaneamente à co-produção de sujeitos e instituições (Campos 2003; Campos, 2007). Então, a ética relacionada à prática constrói a subjetividade de cada sujeito como algo aberto cujo resultado final nunca é previsível porque a criação não é programável (Ruiz, 2004). Essa idéia reforça o cuidado como algo em constante devir, na medida em que ele é da ordem da processualidade e relacional. “*Não existe primeiro um sujeito para depois praticar uma ética, o sujeito se faz a si mesmo através de sua prática*” (Ruiz, 2004, p.118). Além disso, essas práticas dizem respeito aos modos como nos relacionamos com a vida.

No campo das práticas em Psicologia a escuta é uma ferramenta técnica bastante enfatizada nos processos de trabalho. No entanto, quando questionadas sobre as relações de cuidado as entrevistadas tinham uma preocupação para além da escuta conforme demonstramos na seguinte passagem:

Não, mas só o fato de ter o psicólogo ali, se tu conseguiu fazer uma escuta (...) isso já é importante. Sim é importante, não é? Mas eu acho que (...) a população não pode ficar a mercê (...) de um (...) de um achismo, ou de um, ou ser cobaia, de alguém que tá ali como profissional (...) e que não tá sabendo muito bem o que fazer, e como fazer, e não...e essa população não sabendo disto, mas apostando que ali tem um profissional que sabe o que faz e que tem toda uma técnica. (narrativa 01).

No entanto, as práticas em Psicologia precisam ser entendidas dentro de uma perspectiva que, chamamos aqui, de complexa (Morin, 2003; Morin, 2005b; Morin, 2007a; Morin, 2008). Entendermos tais práticas num terreno complexo é podermos desnaturalizar e, ao mesmo tempo complexificar alguns conceitos com os quais trabalhamos na saúde. Um deles se refere à questão das práticas na Psicologia e às tecnologias de intervenção. Ao mencionarmos as práticas psicológicas no bojo da técnica uma das participantes se posiciona da seguinte forma:

Mas essa técnica ela é vazia, ela é inócua se ela não estiver articulada com uma ética...uma técnica, uma visão de mundo, de sujeito, um paradigma que pretende seguir e uma visão política de como tu vai intervir, de como essa tua técnica vai ser pra transformação da sociedade, que pra mim é compromisso político. Pra mim é um tripé: a técnica, a ética e a política que não dá pra dissociar (narrativa 06).

Sabemos que toda a nossa prática é fundada num ideal de sujeito, conseqüentemente de uma matriz paradigmática. Não há intervenção neutra, destituída de um ideal político, de uma noção de mundo. Por isso, toda a relação no campo da prática está atrelada à ética. (Silva; Gomes, 2008). Diante disso, pensarmos na ética do cuidado é pensarmos para além de atos normativos e comportamentais. O próprio código de ética da Psicologia sinaliza essa questão afirmando que a ética está além da normatização da natureza do trabalho porque todo código expressa uma concepção de homem e de sociedade que aponta direcionamentos das relações entre os indivíduos (Conselho Federal de Psicologia, 2005). Portanto, a ética só surge onde há condições de se ampliar a possibilidade de ação no mundo, de se inventar outros

modos, de “*estar junto*”. Em contrapartida, quando agimos somente para satisfazer interesses próprios, a possibilidade de ação no mundo se restringe à satisfação de interesses (Silva; Gomes, 2008), e não raramente, as ações em saúde nas políticas públicas são movidas pelo descomprometimento e por jogos de interesses de diversas instâncias.

Um exemplo disso é a falta de comprometimento dos técnicos em relação ao(a) usuário(a) e a organização de trabalho. Merhy (2006a) aponta que os técnicos em saúde encontram dificuldades em sentirem-se responsáveis por ações que os incomodam e as olham com estranheza como se não fossem seus construtores. Afirma ainda que ainda “*não temos o hábito de olharmos para nós mesmos nos nossos atos e daí tirar reflexões sobre a implicação que estabelecemos com o nosso agir e o dos outros*” (Merhy, 2006a, p.87).

Contrário a essa afirmação, o que emergiu nas narrativas e na roda de conversa foi o entendimento de que nos constituímos como sujeitos de ação no mundo do trabalho, na medida em que nos abrimos à experiência do outro e nos reconhecemos como co-produtores de processos subjetivos. Observamos isso na reflexão abaixo:

(...) onde a gente se constitui como sujeito também dentro dessas histórias...sujeito nesse lugar de trabalhador, sujeito no lugar de usuário, sujeito no lugar desão (...) tantos momentos diferentes... e quando se fala do afetivo eu me (...) o quanto a gente tem que se permitir ser afetado pelo que o outro coloca, pelo que ele expressa, do jeito que ele faz, completamente diferente às vezes do que eu faria, do que eu aprendi, porque as nossas trajetórias são muito diferentes (roda de conversa).

Ao estar disponível para essas experiências de encontro e ao refletir criticamente sobre seu processo de trabalho, a Psicologia pode colaborar na construção de práticas integrais e interdisciplinares, alinhadas com as necessidades e com as especificidades da população atendida. Diante disso, o(a) Psicólogo(a) possui ferramentas importantes na construção de conhecimentos, de tecnologias de trabalho se solidificando como ator importante da formulação de preceitos da lógica da integralidade, como sugere o fragmento abaixo:

(...)pensar assim quando a gente tá, enquanto trabalhador nas políticas públicas na área da saúde fazendo essa construção cotidiana. Seja de pontes, seja de redes, sejam construções, enfim...de afetos, construção de conhecimento (roda de conversa).

Dessa forma, entendemos que fizemos parte construtora de pontes entre afeto e conhecimento compondo redes. Isso exposto nos leva a pensar a ética como a possibilidade de abertura, aproximação, acolhimento com o outro. Ética como abertura ao outro no sentido de que o(a) usuário(a) seja reconhecido e respeitado em sua singularidade, com seus valores, com sua história de vida, seus medos e seus sofrimentos (Carvalho, 2006). O fragmento abaixo mostra a reflexão de uma entrevistada sobre a importância dessa discussão:

E quando a gente, enquanto trabalhador tinha de certa forma que se preparar pra se permitir ser afetado pelo que tava ali e não ficar naquele lugar teórico, técnico ...aplicar qual conceito e tal...não! Porque tem coisas que não são tão arredondadas e que bom, porque talvez muitas dessas ...são as que nos mais nos ensinam, a ser humanos, a ser íntegros, ... que a gente seja cuidado pra se manter íntegro, se manter humano, porque é muito tenso também e muito

pressionado, muito questionado pelos lugares que a gente circula enquanto trabalhador, mas num lugar de estar empregado ali ...pressionado pra produzir, quer dizer, coisas que são distantes do que efetivamente importa num encontro entre o trabalhador e a quem se destina o seu...a sua prática (roda de conversa)

O excerto acima reforça a nossa proposição de pensarmos a ética por uma lógica de subjetivação, na medida em que “*somos seres sempre em processo de relações e nos autoconstituímos na intersubjetividade que instaura relações dialógicas entre o outro e eu*” (Zoboli, 2007, p.70). Contrária a essa perspectiva, encontra-se a ética como código que baliza as ações no campo das práticas baseada em compilações de princípios, valores e normas visando uma a conduta boa, decente, legal e normal (Ruiz, 2004).

Para Morin (2007c) a ética é religação e a religação é ética. Com isso, reintroduz o sujeito como protagonista de suas ações de cuidado. Nessa perspectiva pensarmos por uma ética complexa do cuidado é entendermos que ela é um ato de religação com o outro, com a comunidade, com a sociedade com a espécie humana nos remetendo ao terreno da complexidade (Morin, 2007c).

No momento em que assumimos que os espaços que realizamos as nossas práticas são territórios de complexidade, entendemos que o caos e a desordem dos espaços que habitamos no mundo da vida do trabalho em saúde, não raro nos remetem à idéia da incerteza e, muitas vezes paralisam nossas ações. É o *demens* da humanidade, é a racionalidade ao seu contrário, o que subverte a organização e os processos estanques e totalitários (Morin, 2007b). No entanto, Morin (2007c) afirma que “*a incerteza paralisa e estimula. Paralisa por levar, com freqüência, à inação por temor das conseqüências eventualmente funestas. A incerteza estimula, pois reclama a aposta na estratégia*” (Morin, 2007c, p. 59).

Então, se a incerteza reclama apostar nas estratégias, apostamos num entendimento complexo de uma ética que passa pelo cuidado. Pensarmos por uma ética complexa do cuidado é afirmarmos que o cuidado reforça a ética da integralidade como uma prática direcionada por princípios que não limitam a experiência cotidiana à existência de um sujeito independente e imutável. (Silva; Gomes, 2008, p.301). É fazermos uma aposta numa prática de subjetivação na qual todos os atores do sistema são protagonistas de ações que são transformadoras, e fazermos reconhecer que através dessas retroações constituímos e constituímos-nos enquanto processo subjetivo, na medida em que vivenciamos processos dialógicos e recursivos (Morin, 2003; Morin, 2007a; Morin, 2008).

Com isso, a ética refere-se a uma possibilidade de abertura ao outro e, ao mesmo tempo, que o “*abrir-se ao outro*” produz uma relação recursiva da subjetividade de quem cuida. Entendermos a ética como possibilidade de abertura ao outro, autorizamos esse outro a

construir juntamente às linhas de cuidado que podem acontecer no encontro técnico(a)-usuário(a). É a possibilidade de afetação de encontro com a alteridade.

(...)é a disponibilidade necessária pra que a gente possa ter cuidado com o outro (...)Eu acho que cuidado...e não somente na nossa área, mas em qualquer situação de vida é isso, é a gente se disponibilizar pra estar com esse outro, pra se encontrar com esse outro e pra ele fazer uso de nós da forma que ele precisar(...) (roda de conversa).

Se permitir se encontrar com o outro dessa forma, é reconhecer que o outro é sujeito possuidor de histórias, de valores e que ele é ativo no seu processo de cuidado. Ou seja, a criação de uma atividade de cuidado que reconhece o outro em sua alteridade (Barros 2008). De acordo com Oliveira *et al* (2005), os afetos que nos colocam em contato com as pessoas que cuidamos e que fazem interessarmo-nos por elas, não são da ordem da racionalidade lógica, é sim da dialógica *sentio/cogito*. "Os afetos não são estranhos à razão, e, especialmente, não são incompatíveis com o que esta possa vir a produzir de humano para os humanos" (Oliveira; Ayres, *et al*, 2005, p. 695,696).

Nas narrativas exibidas temos um esboço dessa reflexão :

(...)eu acho que são essas conexões e eu tenho que reconhecer e respeitar a história que cada um traz e respeitar e compreender as relações que se carrega, porque dessas relações podem significar e constituir pontes (roda de conversa)

(...)acho que o cuidado é essa troca assim...é tu conseguir se conectar com essa outra pessoa, é tu ser afetado por essa outra pessoa, porque senão tu não consegue. Porque eu acho que pra tu cuidar tu tem que ter esse vínculo, eu acho que essa imagem das mãos, pra mim significou isso e eu pensei que era uma forma de troca...e é uma ponte como foi falado também (roda de conversa)

Desse modo, esses sentidos de cuidado das práticas do(a) psicólogo(a) rompem com a linearidade da relação nos espaços de trabalho de saúde que separa o sujeito da ação do sujeito do cuidado, dissolvendo as velhas práticas de cuidado higienistas. Ao fazermos essas rupturas, o trabalhador pode se ver, ao ver suas ações no outro (Merhy, 2006a).

Então, acho que enquanto profissional da saúde ... dessa possibilidade de tu dar...essa autorização pra pessoa poder pensar que forma de cuidado que querem, que momento vai deixar de quererem esse cuidado (narrativa 04).

O se deixar afetar pelo outro pode ser uma oportunidade de aumento de potências de vida e de felicidade, tanto para o(a) usuário(a) do serviço como para o profissional como afirma (Oliveira, L.; Ayres, J.R, 2005). Isso acontece se "a experiência proporcionada por esse encontro possa ajudar ambos a enriquecer sua percepção de quais movimentos práticos e técnicos são convenientes para lidar com a situação de atenção demandada" (Oliveira, L.; Ayres, J.R, 2005 p.696).

Assumirmos tal perspectiva ética nas práticas da psicologia é construirmos linhas de cuidado que autorizam o(a) usuário(a) a construir formas de promoção de cuidado. Essa premissa rompe com o saber biomédico que tem na onipotência de um suposto saber a

autorização a postular uma verdade sobre aquele o qual atende. É a lógica que vem constituindo a tônica da discussão do Projeto de Lei do Ato Médico, como referido anteriormente, que, mais uma vez fragmenta os saberes e legitima determinados conhecimentos em detrimentos de outros.²³ Contrariando essa racionalidade, os excertos a seguir refletem sobre as perspectivas de cuidado, que integram o(a) usuário(a) como colaborador do seu processo terapêutico. Na narrativa abaixo as psicólogas se referem a essa questão.

(...)dessa possibilidade de que o sujeito também possa inventar que cuidado que ele quer sabe. Que, óbvio que às vezes tu precisa apontar algumas coisas que ele não tá conseguindo ver que seriam importantes, mas, de ser a pessoa que pode pensar nisso (narrativa 04).

(...)o cuidado de uma forma ampliada com o viés da saúde coletiva. Eu acho muito importante assim tu poder construir com a pessoa a forma que ela quer ser cuidada, de construir esse cuidado, de não ser o profissional psicólogo que vai determinar a melhor forma de cuidado (...) Poder construir com a pessoa que chega para ti uma forma de intervenção que realmente faça sentido. Cada pessoa é de um jeito e cada intervenção e cuidado vai ser de uma forma (narrativa 05).

Há com isso uma radicalização dos modos de exercer as nossas práticas na medida em que há certas práticas descontextualizadas e que não expressam a atualização dos princípios éticos e que ao ignorar os movimentos singulares, privilegiam os planos das formas em detrimento dos das intensidades (Silva; Gomes, 2008). São práticas que “*pressupõem e se fundamentam na fragmentação, na cisão com outro e com a processualidade; limitando o espaço do encontro a técnicas, normas, tecnologias e saberes que antecedem e que o são independentes*” (Silva; Gomes, 2008, p.298).

Essas práticas rompem com as lógicas protocolares e lineares da conduta prescritiva do especialista, pois podemos por uma ética do cuidado entender o desejo do outro e de que lugar ele se coloca quando demanda atendimento.

(...)mas eu acho que é quando...eu consigo sentir que eu entendi o desejo da pessoa que tá ...na relação....quando a gente....rompe...com essa coisa mais protocolar, mais comum, quando tu consegue fazer o sujeito, o desejo do sujeito consegue te dar a linha do que tu tem que fazer (narrativa 03).

Essa possibilidade da gente se afetar e da gente poder trocar e de poder...se deixar ser cuidado...poder se mostrar (...) e acreditar na potência do outro, na possibilidade do outro (roda de conversa).

Diante desses sentidos entendemos que a Psicologia pode construir práticas voltadas aos processos de potência do sujeito através de diálogos com outros saberes. E assim colaborar para romper com os discursos monofônicos produzidos pelo lugar de especialista, que tem na verdade do conhecimento, um impedimento de práticas que poderiam ser

²³ PL 7703/06 que traz como prerrogativa a exclusividade do diagnóstico e da prescrição do tratamento ao profissional médico.

solidárias. Dessa forma, as práticas de cuidado na Psicologia podem se tornar potentes na medida em que ao respeitar as linhas de cuidado e o desejo do outro sublinham práticas em defesa da vida.

(...)o quanto a nossa prática ela é potência necessária em vários campos, pra não dizer todos, mas eu acho que eu, principalmente, acredito em todos os campos, porque sempre a gente lida com sujeitos, com suas relações, com suas histórias, com suas diferenças (roda de conversa).

Esses sentidos de cuidado que surgiram como uma dimensão ética eram rememorados através dos outros sentidos, pois através desses os/as participantes se reconheciam no lugar de cuidadores. E nos reconhecermos no lugar de cuidador se refere à idéia de que a nossa prática pode também ser transformadora.

4.1.5 Memórias de trabalho e cuidado: da solidão do inventor às práticas transformadoras.

Um acontecimento que nos chamou bastante atenção nesse percurso foi o fato de que ao falar sobre os sentidos de cuidado nas suas práticas os/as participantes traziam em diversos momentos as suas memórias de trabalho. Eram memórias muito singulares e que não raramente eram revividas no momento dos nossos encontros. Memórias importantes do encontro técnico(a)-usuário(o) em diversos espaços, que reafirmavam o lugar onde se reconheciam como cuidadores e intercessores²⁴ da realidade daqueles(as) usuários(as).

Em primeiro lugar, destacamos o nosso entendimento de memória se distancia do seu conceito clássico e linear, isto é, diz respeito à memória intensiva, termo discutido por Cristina Rauter. Uma memória que tem a ver com histórias que podem nos ser úteis e que “*surge de uma relação de imanência com a vida, aquela praticada pelo que gera a vida e não apenas a conserva*” (Rauter, 2000, p.28). Nesse sentido, partir da idéia de uma memória inventiva é tomar o passado por uma perspectiva poética, oracular que se distancia da tradição da Psicologia que faz de uma estrutura psíquica o arquivo de memórias do sujeito (Rauter, 2000).

E se as memórias de trabalho despontam nas narrativas dando sentido às práticas da Psicologia é porque o instante criador é dado pelo acesso ao plano da vida, e portanto, ela emerge por outras vias que não necessariamente seja as da razão ou as da linguagem representacional. O passado surge como possibilidade de planos de intensidades (Rauter, 2000). Dessa forma, as memórias afetivas sobre o universo do trabalho permitiram que o passado, que foi vivido, pudesse escoar, entrar no presente “*como uma espessura e*

²⁴ No conceito de Deleuze, utilizado também por Merhy que designa idéias, forças, acontecimentos que impulsionam o pensamento a sair da imobilidade provocando encontros/desencontros, desassossegos, produzindo novas experiências.

consistência mais organizada que o turbulento tempo presente, com suas narrativas e acontecimentos” (Matos, 2004, p.18). A partir dessas considerações, entendemos e reafirmamos a memória como produção do presente.

Em segundo lugar, elegemos duas histórias para exemplificarmos tal postura de cuidado para com o outro com o que estamos entendendo a partir dos efeitos das ações da Psicologia. Com isso, partimos para as considerações finais desta seção. Tais memórias se relacionavam com o sentimento de solidão presente nos discursos dos entrevistados. As estratégias criadas também tinham o objetivo de dar conta do sentimento de solidão que vinha do questionamento da precarização da formação nessa área e das dificuldades de trabalho:

quando eu fui pras políticas públicas eu me senti nesta situação, de que eu tinha que éh...inventar um fazer, eu tinha que...criar alguma coisa, porque eu não tinha nada pronto, não tinha referências bibliográficas? (narrativa 01)

(...) fiquei pensando numa imagem e me vieram algumas e depois essas imagens todas elas se perderam num questionamento e o questionamento gerou em torno da solidão, da nossa solidão, enquanto cuidadores (...) trabalhando dentro de um consultório e o quanto se fala pouco desta solidão e desse trabalho que se faz dentro de um espaço fechado cuidando de outras pessoas (roda de conversa)

depois que eu me formei, eu não fui trabalhar nessa área, só no consultório...é...sofri no começo porque eu tinha...eu me sentia sozinha, isolada e com a formação que eu não tava...não tava conseguindo hã...levar avante o que eu tinha gostado e me identificado (narrativa 01).

Ao mesmo tempo em que havia esse sentimento de solidão e de falta de paridades, nascia um sentimento de construir possibilidades diferentes, o que denominamos neste trabalho da solidão do inventor. De uma solidão que não paralisa, mas que estimula a invenção de outros modos de estar junto, outros modos de cuidar.

(...)quanto uma ação do cuidado ela se reflete no tempo e que pode não ser o mesmo tempo do atendimento mas tem um significado, eu fico toda arrepiada, significa a vida...a vida...uma relação verdadeira uma relação de respeito (roda de conversa) – em relação à memória de um usuário.

O quanto nós também podemos ser responsáveis por um ato...fantástico, necessário e que muitos profissionais e técnicos não desenvolvem, muitas vezes capacidade técnica pra isso, que é manter aquele lugar de desconhecido, de inexistente, de coisa e não de sujeito, facilita um pouco...ficha...atender rapidinho, dar conta do que o protocolo recomenda, mas não dá conta do cuidado (roda de conversa).

A seguir, apresentamos dois momentos de histórias, de memórias, que explicitam tais posicionamentos. Ao explicitar tais momentos nos encaminhamos para as últimas considerações.

4.1.5.1 Memória e produção do presente 1

Numa determinada narrativa uma Psicóloga relata os “lugares” onde se reconhecia como cuidadora. Dessa forma refere que ao ingressar num Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de uma cidade do interior do Estado, começou a realizar visitas domiciliares. Certa vez, ao realizar uma visita foi informada pela equipe que havia um usuário que não queria tomar a medicação prescrita para seu tratamento. Ao se apresentar como Psicóloga do CAPS e explicar o motivo o qual ela estava ali, ele a respondeu da seguinte forma: *“como é que tu quer que eu tome remédio se nem comida eu tenho para comer. Eu estou duas semanas sem comer nada”*.

Ela relata que sua reação diante dessa fala foi colocar o usuário no carro, levar para o CAPS, dar o que comer e fazer um trabalho de articulação para que ele voltasse ao serviço no dia seguinte. A partir disso, montou-se uma rede de cuidados que incluía alimentação, roupa limpa e incentivo para que ele pudesse estar também contribuindo para seu processo de cuidado.

Essa estratégia possibilitou uma construção de vínculo importante. Dos encontros que vieram descobriu-se questões fundamentais sobre sua história de vida. Que ele morava com a mãe e a essa mãe estava morta, que tinha uma irmã que não queria saber dele e que a família tinha o procurado quando o INSS fez contato com a equipe do CAPS, já que ele recebia um benefício de aposentadoria da mãe. O benefício havia sido cancelado partindo do pressuposto que ele, na condição de “louco” não poderia se responsabilizar pela administração do benefício.

Com isso, foi necessário, a partir do CAPS, uma articulação da família e do ministério público. Contataram a irmã para uma conversa que explicava os limites do CAPS no cuidado dele e que ela precisava assumir também esse lugar de cuidadora. Uma das combinações era que ela precisava atendê-lo depois da hora que o CAPS fechasse. Nesse meio tempo foram realizados exames com este usuário e se descobriu que ele tinha diabetes. A idéia então era integrar a irmã no cuidado dele. A surpresa da psicóloga foi que com isso, a irmã desabou e começou a falar dela, da relação dela com a mãe, da relação dela com o irmão. A psicóloga declarou que, na ânsia de cuidar do outro, eles não conseguiram ouvir essa mulher e então foram se aproximando mais. Tal aproximação ratificou uma rede de cuidados importantes para aquele usuário. Dizia ele para a equipe que *“arrumado, com o cabelo cortado as pessoas olhavam para ele, que agora ele entrava num lugar para comprar alguma coisa e as pessoas não olhavam para ele mais com cara de louco. Com isso o cara se sente gente”*.

Posteriormente, essa psicóloga narra que ficou responsável pelo plano de aplicação do CAPS que é poder, a partir dos recursos para saúde mental do município, fazer um

planejamento do que se vai gastar. Por exemplo, material para oficina com tudo especificado: botão, agulha, linha, cor, quantidade, preço estimado de custo. Além disso, colchão para as camas, pois eles dormiam naquelas molas de ferro, lençol e material de higiene para o banheiro como sabonetes, xampu, toalha de banho, porque embora tivessem os banheiros, esses materiais nunca estavam à disposição. Ao chegar no conselho os conselheiros disseram que isso sequer seria posto em votação na plenária, e argumentavam o seguinte: “*Então aquele serviço era um hotel de 5 estrelas? Porque as pessoas que estavam lá tomavam banho, cortaram o cabelo, dormiam, se arrumavam e depois voltavam para casa e voltavam tudo com o piolho de novo.*”

A continuação da narrativa mantenho abaixo na íntegra :

Tu não te noção da minha raiva quando eu ouvi isso. Era eu (...) a outra psicóloga e o meu chefe, que hoje é secretário de saúde. Eu me levantei com uma tal fúria, que eu disse assim. O senhor sabe o que é o serviço? Tu conhece? Tu sabe pra que ele funciona? Os conselheiros sabem? Porque sequer vocês vão dar o direito de explicar? Eles me disseram tu tem 5 minutos....assim...

Daí eu pensei, o que eu vou fazer em 5 minutos? Daí eu contei a história do cara, sabe. Daí eu contei que quando ele comeu, que assim ele se sente gente, sabe. Que quando ele pode se arrumar um pouco mais, as pessoas olharam pra ele de um jeito diferente e isso vinculou ele ao serviço e fez ele ir lá todo dia e fez ele tomar a medicação. Fez a gente descobrir que ele fez diabetes e fez a gente chamar a irmã e dizer isso pra irmã e fazer a irmã pensar que ela também precisa cuidar dele.

Foi num momento de fúria, mas foi hã...mas foi também um momento em que eu senti que fez sentido sabe aquela falha daquele serviço enquanto lugar de cuidado. E (...) não era o nosso objetivo querer alimentar ele pra ele se sentir gente. A gente tem que alimentar porque o cara tem que comer, entendeu?

Mas daí entra naquela coisa que tu não acha que vai fazer sentidos terapêuticos...mas naquele momento eu senti que enquanto cuidador, sabe...não só do paciente, mas do serviço. Eu me senti cuidadora (narrativa 03).

4.1.5.2 Memória e produção do presente 2

A segunda memória escolhida relata uma experiência de trabalho de uma psicóloga que segundo ela, marcou significativamente sua vida. Trata-se de uma experiência que aconteceu num Encontro da Luta Antimanicomial em Belo Horizonte, de um usuário em especial que era

(...) um artista plástico, ele adorava arte, obras de arte tudo, ele era um apreciador da arte e eu gostava muito desse jeito de ser dele, eu não sabia porque, eu não sabia o motivo pelo qual ele tinha ficado internado 20 anos no manicômio, eu conhecia o artista, aquele sujeito que me inspirava muito, que me chamava muita atenção pela produção artística dele, por aquele dote artístico dele (narrativa 06)

A psicóloga segue contanto que, chegar em Belo Horizonte, ficou na expectativa de conhecer Ouro Preto, porque trazia referências importantes para a entrevistada. Então, como o usuário era um artista ela resolver convidá-lo. Ouro Preto é um vale e ela conta que eles foram descendo, alguma coisa de pedra, onde a vista da cidade era maravilhosa. Voltando afetivamente a essa memória narra o que aconteceu entre ela e o usuário que ela acompanhava em tal situação:

Daí quando chegou na beira daquele...daquele negócio de pedra, eu comecei a ficar muito emocionada com tudo que eu tava vendo e daí quando eu olhei pra ele, ele tava tomado assim...se alguém olhasse de fora, iria dizer que ele tava em surto. Porque ele começou a dizer: olha eu vou morrer, eu vou morrer, eu vou morrer e começou a falar que ia morrer. E eu não levei os remédios, não tinha nada, o que a gente vai fazer? Então nós vamos sentar eu disse pra ele, nós vamos sentar aqui na grama, tinha um gramado e a gente sentou no chão e eu falei pra ele: olha eu quero te contar algumas coisas que eu to sentindo e quero que tu me conte algumas coisas que tu estás sentindo pra mim, vamos trocar essa emoção que a gente tá sentindo. O que é que a gente tá sentindo?

E daí eu comecei a dizer pra ele que eu tava emocionada, porque desde a minha infância eu escutava as histórias do Tiradentes, aquela cidade tinha um significado muito importante na vida dos brasileiros, que a gente ouvia muitas histórias e tal. E tinha muito conteúdo heróico e tal, da coisa de heroísmo daquela cidade.

E aí, ele ouvindo, porque ele era uma pessoa sensível, inclusive pra histórias interessantes. E daí ele começou a olhar pra mim. E eu disse: olha., o que tu estás sentindo?. Eu disse pra ele, bota a mão no meu coração, meu coração tava pulando e tal.

Aí ele disse, eu também, eu acho que eu também to sentindo isso, eu também to achando que tem uma história aqui e coisa e tal..E aí ele começou a dizer o que tava sentindo. Aí a gente levantou e eu disse: Ah, nós vamos levantar e a gente vai embora, nós não precisamos descer essa estrada, se não quiser descer até embaixo. A gente vai embora.

Daí ele disse: Não..eu já to bem. Agora eu quero ir lá naquela igreja que tem aquela obra do Aleijadinho, quero tirar fotografia. E ele também conhecia, contaram as histórias pra ele de Ouro Preto, ele também sabia um pouco disso, tinha um significado pra ele também (narrativa 06)

Nessas duas memórias que dão sentido ao trabalho dessas psicólogas nos parece claro que os processos de cuidado possibilitam ações recursivamente transformadoras, desde que possamos entender que o cuidado está relacionado à abertura do outro, à criação e a processos inventivos. O cuidado apareceu como vínculo, possibilidade de estar juntos, acompanhar o(a) usuário(a) em seu sofrimento e se posicionar através das relações de cuidado em benefício das relações de cuidado. Juntamente com o pensamento de Morin, estamos compreendendo essas práticas como os conjuntos de atividades que efetuam ações, transformações, produções e atuações a partir de competências (Morin, 2005). Produção tem a ver com interações criadoras, com engendramentos. Transformação no sentido de metamorfose que se relaciona com as capacidades de produções “onde as formas se fazem, se desfazem e se refazem, o trabalho de transformação que destrói, constrói e metamorfoseia” (Morin, 2005), em que nossas ações aparecem como possibilidade de fabricação ou como criação.

Essas fabricações se traduzem em tecnologias de trabalho, de invenção de si e do outro na medida em que nos reconhecemos autores e co-autores dos processos de cuidado em saúde. As memórias de trabalho foram os fios condutores dos sentidos de cuidado. Foram através dessas lembranças que os contextos, os afetos e as críticas ao saber hegemônico constituíram-se marca pulsante das narrativas.

5 À GUIZA DE ALGUMAS (IN)CONCLUSÕES.

Ao nos depararmos com as complexidades dos sentidos de cuidado nas práticas da Psicologia alguns apontamentos tornam-se importantes. Ao entender o cuidado como forma de se relacionar com o outro, de estar disponível para o encontro com o(a) usuário(a), os/as

participantes relacionam esse sentido como respeito ao sujeito. Respeito em acompanhar suas histórias, seu sofrimento, pelas linhas de cuidado que o outro possa apontar. Tal idéia contrapõe a visão de cuidado como meramente prestação de serviço em saúde que, muitas vezes, além de corroborar com uma postura asséptica e segmentada em relação ao outro, estaria alinhada ao modelo hegemônico que contrapomos. Isso se fortifica se pensarmos que as tecnologias de trabalho da Psicologia são tecnologias relacionais.

Cuidado é da ordem da relação, mas uma relação temporária, pois, caso contrário, entra numa lógica tutelar. Essa processualidade que caracteriza o cuidado horizontaliza as relações no mundo do trabalho, na medida em que nos atos de cuidado em saúde também se produzem subjetividades, além de atos de promoção de saúde.

Ao mesmo tempo em que esses sentidos delineavam, os/as participantes se davam conta da dificuldade desse entendimento em seu processo de formação, ao qual faziam suas críticas, afirmando que a formação estava aquém das exigências e as demandas do mundo do trabalho na saúde pública. A formação, embora tenha sofrido mudanças significativas que rompem com o modelo linear, ainda produzem saberes-propriedades (Barros, 2006) que dificultam a interlocução com outras disciplinas, que se expressam em práticas individualizadas em territórios restritos (Ojeda; Strey, 2008). Práticas de inter ou talvez transdisciplinariedade dariam outros rumos às reflexões teóricas e também as práticas de saúde.

Por isso, a importância de refletirmos criticamente esses apontamentos nos diferentes espaços de inserção dessas práticas. Além disso, achamos pertinente explicitar/compartilhar/publicar as experiências de cuidado que a Psicologia vem protagonizando na saúde coletiva, para que as mesmas possam contribuir nas reflexões dos processos de formação e nos dispositivos de cuidado, articulando dialógica e recursivamente teoria e prática.

Como possibilidades de enfrentamento dessas carências da formação houve tentativas dos participantes de dar conta dessas questões através das supervisões de trabalho. Tal estratégia não era eficaz, pois notava-se que essa carência surgia também nas supervisões. Além disso, denunciava a fragmentação do conhecimento e separação do terreno prático com o do político, que reforçavam o caráter individual do trabalho do(a) Psicólogo(a), sem a devida reflexão nas práticas da psicologia. O que ocorria era a transposição do modelo individual para a esfera coletiva, o que corrobora com os achados teóricos. Dessa forma reconhecemos a importância de discutir e problematizar a interface da Psicologia com a saúde pública, através das possibilidades de intervenção do(a) Psicólogo(a) na perspectiva da produção de cuidado.

Uma segunda possibilidade de enfrentamento à questão da formação era a participação em espaços de representação da categoria e de grupos de trabalho, ou em reunião de equipe no setor, que se dispunham a articular as práticas da psicologia com as questões da esfera pública. Esses eram espaços potentes de cuidado para os/as participantes, que ia ao encontro da necessidade de um cuidado para si, mediante o reconhecimento da diversidade, dos entraves e das descontinuidades que o trabalho na saúde pública envolve. Retomam, portanto, a humanidade (Morin, 2007b) do(a) Psicólogo(a) ao se reconhecer, muitas vezes, em seu limite no trabalho. Isso relaciona-se com a idéia de suportabilidade diante do sofrimento o que acaba descentrando o profissional do seu lugar de suposto saber. Com isso, horizontalizamos mais uma vez, as relações em processos que envolvem dialogia e recursividade na medida em que nos reconhecemos em processos de subjetivação nesses encontros.

Ao pensarmos nos processos de escuta como uma das ferramentas importantes da intervenção da Psicologia, destacamos que ela surge para esse coletivo no comprometimento com o(a) usuário(a), como uma possibilidade de se abrir para a escuta do sujeito. Uma escuta comprometida com a demanda do outro, com a construção de vínculos, com as possibilidades de acolhimento, que podem colaborar para romper com os atos protocolares e as relações instituídas nos espaços de trabalho. Além disso, afirma os princípios éticos-políticos que embasam as nossas práticas e, por isso, relaciona-se fortemente com a idéia de ética, pois rompe com os processos monofônicos de escuta, produzindo reflexões sobre os efeitos das nossas práticas.

Dessa forma, uma ética apoiada na relação foi se delineando como sentidos de cuidado, na medida em que essa ética é entendida como prática de subjetivação, numa possibilidade de ampliarmos novos mundos através de nossas ações. Horizontalizam mais uma vez nossa prática com o(a) usuário(a), uma vez que houve um reconhecimento de que também nos constituímos sujeitos das nossas ações. Desse modo, as práticas relatadas pelos/as participantes compuseram pontes/redes dialógicas e recursivas entre o conhecer, o intervir e o sentir.

Nesse sentido, as memórias de trabalho “costuravam” essas questões e mostravam que, apesar do sentimento de solidão presente em alguns momentos, era possível através de alguns pressupostos éticos construir-se práticas inovadoras. O que denominamos neste trabalho de a “*solidão do inventor*”. Tais práticas foram bastante intercessoras da realidade dos/as participantes da pesquisa.

Desse modo, entendemos que todos esses temas de análise se relacionam dialógica e recursivamente. Foi através das memórias de trabalho que o cuidado emergiu como relação de disponibilidade, de estar junto, de fazer junto. Essa idéia permitiu uma reflexão sobre os

processos de formação da Psicologia na academia denunciando os entraves da formação, que possibilitou através desses sentidos possibilidades de enfrentamentos. Tais enfrentamentos direcionavam para o entendimento do cuidado como escuta e para o exercício de uma clínica para além dos procedimentos protocolares. Esse sentido possibilitou pensar sobre os efeitos das práticas da psicologia pelo viés da ética, que mais uma vez eram significadas através das memórias afetivas do trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barros, M.E.B. (2006). Desafios éticos-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. In: Pinheiro, R.; Ceccim, R.B; Mattos, R.A. (orgs.). *Ensinar Saúde: a integralidade e o sus nos cursos de graduação da área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESQ/ABRASCO, pp. 131-150.
- Barros, M.E.B. (2008). De amoladores de faca e cartógrafos: a atividade do cuidado. In: In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. *Cuidado do cuidado: a responsabilidade com a integralidade das ações de saúde*. Rio de Janeiro, CEPESC/IMS/UERJ:ABRASCO, pp. 279-296.
- Brasil. Ministério da Saúde (2004a). *HumanizaSUS. Política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do sus*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde (2004b). *HumanizaSUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde (2004c). *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Beck, C.L.C. (2000). Da banalização do sofrimento à sua re-significação ética da organização do trabalho. Tese de doutorado não publicada. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.
- Campos, G.W.S. (2003). *Saúde paidéia*. São Paulo: Hucitec.
- Campos, G.W.S. (2007). *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. 3ªed. São Paulo: Hucitec.
- Camargo Jr., K. R. (2003). *Biomedicina, saber e ciencia: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec.
- Caprara, A. (2007). Escuta como cuidado: é possível ensinar? In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, pp. 231-246.
- Carvalho, L. B. (2006). *Práticas do psicólogo em instituições públicas de saúde: o cuidado para com o outro*. Dissertação de mestrado não publicada. Fortaleza: UFC.
- Carvalho, L.B; Bosi, M.L.M; Freire. (2008). Dimensão ética do cuidado em saúde mental na rede pública de serviços. In: *Revista de saúde pública*, 42(4), pp. 700-706.
- Ceccim, R.B.; Feuerwerker, L.C.M.(2004). Mudança na graduação sob o eixo da integralidade. In: *Cadernos de saúde pública*. 20(5), pp. 1400-1410.

Corbisier, C. (2000). Recepção Integrada do Instituto Philipe Pinel: quando escutar é preciso. In: Cadernos IPUB: A clínica da recepção nos dispositivos de saúde mental 6(17), Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria, UFRJ, pp.59-69.

Deslandes, S.F. (2007). O cuidado humanizado como valor e ethos das práticas de saúde. In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, pp. 385-395.

Dimenstein, M. (2001). O psicólogo e compromisso social no contexto da saúde coletiva. In: *Psicologia em estudo*, 6(2), pp. 57-63.

Franco, T. B. (2007). A integralidade é uma diretriz que traz em si o significado ético-político do “cuidado-cuidador”, de trabalho em rede. In: *Revista do Instituto Humanitas Unisinos*, edição 233, pp.12-14.

Giugliani (2007). Psicologia e políticas públicas. Entrevista cedida ao Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul. In: *Entrelinhas*. Porto Alegre, Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul. Ano VIII(38), p.6-7.

Guareschi, N. (2007). Editorial. In: *Entrelinhas*. Porto Alegre, Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul. Ano VIII(38), p.2

Guzzo, R. S.L.; Lacerda Jr.,F. (2007). Fortalecimento em tempo de sofrimento: reflexões sobre o trabalho do psicólogo e a realidade brasileira. *Revista interamericana de psicologia/Interamerican journal of psychology*. 41(2), pp.231-240.

Heckert, A. L.C (2007). Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? In: Pinheiro, R. Mattos, R.A. (2007). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ:CEPESC: ABRASCO, pp. 199-212.

Lancetti, A. (2008). *Clínica peripatética*. São Paulo, Hucitec.

Luz, M. (2006). Fragilidade social e a busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: Pinheiro, R; Mattos, R.A. (orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro, UERJ/IMS/ABRASCO, pp. 09-20.

Madeira, L. M; Lopes, A.F.C. *et al.* (2007). Escuta como cuidado: é possível ensinar. In: Pinheiro, R. Mattos, R.A. (2007). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ:CEPESC: ABRASCO, pp. 185-198.

Machado, A. G.; Merlo, A.C. (2008). Cuidadores: seus amores e suas dores. In: *Psicologia e sociedade*, 20(3), pp. 444-452.

Matos, R.L. (2004). A psicologia como prática político-social. In: Nascimento, C.A.T.; Lazzarotto, G.R.; Hoenisch, J.C. *et al* (orgs.). *Psicologia e políticas públicas: experiências em saúde pública*. Porto Alegre: CRPRS, pp.17-30.

Mattos, R.A. (2001). Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, R; Mattos, R. A. (orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro, UERJ,IMS:ABRASCO, pp. 39-64.

Mattos, R.A. (2004). A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). In: *Cad. Saúde Pública*. 20(5), Rio de Janeiro, pp.1411-1416.

Mariotti, H. (2007). *Pensamento complexo: suas aplicações à liderança, à aprendizagem e ao desenvolvimento sustentável*. São Paulo: Atlas.

Medeiros, P.F.; Bernardes, A.G.; Guareschi, N. (2005). O conceito de saúde e suas implicações nas práticas psicológicas. In: *Psicologia teoria e pesquisa*, 21(3), pp. 263-269.

Merhy, E. E. (1998). A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: MALTA, D. C. et al. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – reescrevendo o público*. Belo Horizonte: Xamã/VM Ed.

Merhy, E.E. (2005). *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. 2ªed.São Paulo: Hucitec.

Merhy, E. (2006a). Cuidado com o cuidado: o caso da fila de toque e a implicação do ato de cuidar. In: Vasconcelos, E.M.; Frota, L.H; Simon,E. (orgs.).*Perplexidade na universidade: vivências nos cursos de saúde*. São Paulo: Hucitec, pp. 84-89.

Merhy, E. (2006b). As novas implicações do conhecimento profissional. In: *Psicologia Ciência e Profissão: diálogos saúde e psicologia*. Ano 3, nº 4. p.17.

Morin, E. (1998). Amor, poesia, sabedoria. Rio de Janeiro: Bertrand.

Morin, E. (2002). *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. 5ªed. São Paulo: Cortez.

Morin, E. (2003). Morin, E. (2003). *A cabeça bem-feita: reformar a reforma, reformar o pensamento*. 8ª.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

Morin, E. (2005a). Método 1: a natureza da natureza. Porto Alegre: Sulinas.

Morin, E. (2005b). *O método 2: a vida da vida*. 3ªed. Porto Alegre: Sulinas.

- Morin, E. (2007a). *Introdução ao pensamento complexo*. 3ª ed. Porto Alegre: Sulina.
- Morin, E. (2007b). *O método 5: a humanidade da humanidade*. Porto Alegre: Sulinas.
- Morin, E. (2007c). *O método 6: ética*. Porto Alegre: Sulinas.
- Morin, E. (2008). *Ciência com consciência*. 11ªed. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil.
- Moura, E.P.G (1999). A psicologia (e os psicólogos que temos): reflexões a partir das propostas de diretrizes curriculares para os cursos de graduação em psicologia. In: *Psicologia ciência e profissão*, 19(2), pp. 10-19.
- Navarro, P. (2006). A metáfora do “holograma social”. In: Castro, G; Carvalho, E.A.; Almeida, M.C. (orgs.) *Ensaio de complexidade*. Porto Alegre: Sulina, pp. 237-245.
- Nunes, E.O. (2004). Notícia: Diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em Psicologia. *Psicologia: teoria e pesquisa*. 20(2), pp. 205-208.
- Ojeda, B.S.; Strey, M.N. (2008). Saberes e poderes em saúde: um olhar sobre as relações interprofissionais. In: *Ciência e saúde*, 1(1). Porto Alegre, pp. 2-8.
- Oliveira, L.A.; Ayres, J.R. et al (2005). Humanização e cuidado: a experiência da equipe de um serviço de DST/AIDS no município de São Paulo. *Ciência e saúde coletiva*, 10(3), pp. 689-698.
- Passos, E; Benevides, R. (2005). Humanização em saúde: um novo modismo? In: *Interface, Botucatu*, 9(17), pp. 389-406.
- Pinheiro, R; Guizardi, F. (2006). Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. (orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. 3ªed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, pp.21-35.
- Pinheiro, R; Mattos, R.A. (2007). Apresentação. In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, pp. 9-11.
- Rauter, C. (2000). A memória como campo intensivo: algumas direções a partir de Deleuze, Nietzsche e Proust. Fonseca, T.M.G.; Francisco, D.J.(orgs.) *Formas de ser e habitar a contemporaneidade*. Porto Alegre: Editora Universidade UFRGS.
- Scarparo, H.; Guareschi, N. (2008). Refletindo sobre a pesquisa e produção de conhecimento. In: Scarparo, H. (org.) *Psicologia e pesquisa: perspectivas metodológicas*. Porto Alegre, Sulina, pp. 17-26.

Silva, R.C (1992). A formação em psicologia para o trabalho na saúde pública. In: Braga Campos, F. C. (org.). *Psicologia e saúde: pensando práticas*. São Paulo: Hucitec, pp. 25-40.

Silva Jr., A.G.S (1998). *Modelos tecnoassistenciais em saúde*. São Paulo: Hucitec.

Silva, F. H.da; Gomes, R. S. (2008). Cuidado integralidade e ética: em busca da produção do comum. In: Heckert, A. L.C (2007). Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? In: Pinheiro, R. Mattos, R.A. (2007). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ:CEPESC: ABRASCO, pp. 199-212.
297-309.

Silveira, E.R. (2007). Ressonâncias dialógicas. In: *Entrelinhas*. Porto Alegre, Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul. Ano VIII(38), p.4.

Spink, M.J. (1992). Psicologia da saúde: a estruturação de um novo campo de saber. In: Braga Campos, F. C. (org.). *Psicologia e saúde: pensando práticas*. São Paulo: Hucitec, pp.11-23.

Spink, M.J. (1999). *Práticas discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: aproximações teóricas e práticas*. São Paulo: Cortez.

Spink, M.J; Medrado, B. (1999). Produção de Sentido no Cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para a análise das práticas discursivas. In: Spink, Mary Jane. (org.) *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: aproximações teóricas e práticas*. São Paulo: Cortez, pp. 41-61.

Spink, M.J. (2003). *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos*. 3ªed. Petrópolis: Vozes.

Spink, M.J.; Matta ,G.C. (2007). A prática profissional psi na saúde pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. In: Spink, M.J. (org.) *A psicologia em diálogo com o sus*. São Paulo: Casa do Psicólogo, pp.25-52.

Ruiz, C.M.B (2004). A ética como prática de subjetivação: esboço de uma ética e estética da alteridade. In: Pivatto. P. S. (org.) *Ética: crise e perspectiva*. Porto Alegre, EDIPUCRS.

Stellita-Lins, C. (2008). Integralidade again: o são bernardo e o r2d2. In: Heckert, A. L.C (2007). Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? In: Pinheiro, R. Mattos, R.A. (2007). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ:CEPESC: ABRASCO, pp. 329-350.

Valla, V. (2007). Saúde pública: cuidado integral. In: *Revista do instituto de humanitas da Unisinos*. São Leopoldo: UNISINOS, pp.15-17.

Zoboli, E. (2007). Cuidado: práxis responsável de uma cidadania moral. In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, PP. 63-78.

6 SE FOSSE POSSÍVEL CONCLUIR

A vida é um tecido mesclado ou alternativo de prosa e de poesia. Pode-se chamar de prosa as atividades práticas, técnicas e materiais que são necessárias à existência. Pode-se chamar de poesia aquilo que nos coloca num estado segundo: primeiramente a poesia em si mesma, depois a música, a dança, o gozo, e é claro, o amor (Morin, 1998, p.58-59).

Anuncia o poeta Antonio Machado “*Caminante, no hay camino, se hace camino al andar*”. Ao caminhar por esses percursos durante a realização da dissertação, entendemos que “*a complexidade se apresenta com traços marcantes do emaranhado, do inextricável, da desordem, da ambigüidade, da incerteza*” (Morin, 2007).

De alguma forma somos “formatados” a entender os processos históricos de uma forma linear. O conhecimento científico clássico nos fez acreditar que a ciência seria sempre progressiva e que os pressupostos da técnica só nos trariam melhorias (Morin, 1998). No entanto, as transformações sociais têm nos mostrado que avançamos em processos de caos e das relações de ordem-desordem-organização (Morin, 2008).

Portanto, esse trajeto também foi feito de descaminhos, imprevistos, imprevisibilidades. Dessas descontinuidades surgiram outras possibilidades de encontro. É uma pilha que não funcionou, um gravador que de repente parou de gravar numa determinada entrevista e que nos colocou em outros movimentos de encontros. São os registros que se apagam em meio às tecnologias. No meio desse caminhar, alguém nos disse “*que a gente não se identificasse tanto com a tecnologia, e sim com o cuidado*”. E de repente pensar sobre o cuidado, falar de relações, falar de encontros, muitas vezes, estava permeado por tantos artefatos técnicos, que em determinados momentos, impediram possibilidades de aproximação.

Diante disso, surpreendemo-nos de como a palavra “cuidado” pôde nos levar a tantos caminhos de complexidades. Por isso, o cuidado tornou-se um conceito potente ou um conceito-força, conforme as palavras de (Passos; Benevides, 2005). Por isso, o cuidado emerge juntamente com debates sobre integralidade como disparadores das discussões das práticas que fazemos na saúde coletiva. Desse modo, entendemos que a concepção de cuidado nas práticas da Psicologia foi se constituindo pela relação dialógica, recursiva e hologramática entre: o cuidado como possibilidade de relação, uma escuta para além dos atos normativos, uma preocupação ética, a possibilidade de se constituir como sujeito também nessas relações, que, recursivamente possibilitaram a reflexão dos processos formação. Isso só foi possível através das memórias de trabalho dos/as participantes. Além disso, referiam ao modo como

nos encontramos com as pessoas que atendemos, de como nos disponibilizamos tecnicamente com o outro.

E ao circularmos pelos espaços do SUS, pelo CRPRS, pela CPP, pelos os corredores, nas discussões nas “mesas de bar”, pelo pátio da universidade ou ao tomarmos um café para falarmos sobre o cuidado, apreendemos que trabalhar como Psicólogo(a) na saúde coletiva

demanda mutações subjetivas e outros modos de ser trabalhador; pede uma formação contextualizada, um conhecimento interdisciplinar (...) voltadas às necessidades da população usuário. Isso implica em estar alerta aos especialismos, às naturalizações, às dicotomias entre a formação e a atuação e em um esforço permanente de ruptura com a lógica que persegue verdades inquestionáveis, uma realidade dada, modelos padronizados e estereotipados (Dimenstein; Macedo, 2007, p.210, 211).

Por isso escrevermos sobre o cuidado parece tarefa do impossível, porque cuidar é se permitir novas políticas de encontro. Cuidar como lembra Estellita-Lins (2008), é tecer vizinhanças. É estabelecer poros, desejos. É estar fronteiro com a “*diferença que o outro desperta em nós*” (Ceccim; Carvalho 2006). Quando escrevemos sobre as relações de cuidado, o cuidado também escreve sobre nós, rasura nossas moradas, nos (re)inventa. Inventa outras possibilidades de estarmos juntos, outras tecnologias, outras linhas de cuidado.

Nossa intenção ao começar este trabalho era refletir e ensaiar sobre a complexidade das questões que envolvem o cuidado e as nossas práticas. Entre o refletir e o ensaiar só é possível “*contextualizar, compreender, ver qual pode ser o sentido, quais podem ser as perspectivas*” (Morin, 1998, p.64). Pensarmos sobre os processos de complexidade é trabalhar no terreno do incômodo, de nossas confusões, de como nomeamos nossas idéias (Morin, 2007).

Com isso, não queríamos cair na urgência do rigor científico. Não porque o desconsideramos, mas que ele não implicasse “*na perda da flexibilidade (...) de quem tem como ética do aprender a militância pela vida*” (Scarparo, 2009, p.136).

Talvez, por isso, escrever seja se vingar das perdas. Perda das palavras, dos discursos, dos afetos que não couberam aqui. Perda das entrelinhas, do vivido, do compartilhado. Perda da prosa e da poesia. Essas são as idéias que nos possuem (Morin, 2007).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Morin, E. (1998). *Amor, poesia, sabedoria*. Rio de Janeiro: Bertrand.

Morin, E. (2008). *Ciência com consciência*. 11ªed. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil.

Scarparo, H. (2009) A psicologia social: pesquisa, formação e intervenção. In: Tatsch, D.T; Guareschi, N; Baumkartem, S.T. *Tecendo relações e intervenções em psicologia social*. Porto Alegre: ABRAPSO SUL, pp.130-138.

Stellita-Lins, C. (2008). Integralidade again: o são bernardo e o r2d2. In: Heckert, A. L.C (2007). Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? In: Pinheiro, R.. Mattos, R.A. (2007). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ:CEPESC: ABRASCO, pp. 329-350.

ANEXOS

ANEXO 1



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF.CEP-045/09

Porto Alegre, 19 de janeiro de 2009.

Senhora Pesquisadora,

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 08/04444 intitulado: **"Integralidade e cuidado nas práticas em Psicologia"**.

Salientamos que seu estudo pode ser iniciado a partir desta data.

Os relatórios parciais e final deverão ser encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Roberto Goldim
Coordenador CEP-PUCRS

Ílma. Sra.
Dr. Helena Beatriz Scarparo
N/Universidade

PUCRS

Campus Central
Av. Ipiranga, 6690 - 3º andar - CEP: 90610-000
Sala 314 - Fone Fax: (51) 3320-3345
E-mail: cep@pucrs.br
www.pucrs.br/prppg/cep

ANEXO 2

CARTA DE AUTORIZAÇÃO

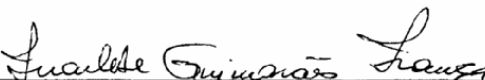
À
Comissão Científica da Faculdade de Psicologia e
Comitê de Ética em Pesquisa
PUCRS

Porto Alegre, 24 de setembro de 2008.

Prezados Senhores

Eu, Irvalde Guimarães de França, presidente do Conselho Regional de Psicologia da 7ª região, conheço o Projeto de Pesquisa "Olhares sobre o cuidado e a integralidade nas práticas de saúde" do(s) Pesquisadores Félix Guazina e Helena Scarparo e autorizo a coleta de dados nessa Instituição, após aprovação do referido projeto pelo(s) órgão(s) competentes (Comitê de Ética em Pesquisa, Comissões Científicas).

Atenciosamente,



Assinatura

RG: 8002632068

Matricula: 07/08042

Telefone: (51) 32218514/97088582

Carimbo:



APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) participante:

Sou estudante do curso de pós-graduação em Psicologia Social e Interdisciplinar na Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Estou realizando uma pesquisa de mestrado sob supervisão da professora Dra. Helena B.K. Scarparo, e seu objetivo é pensar as *relações entre as perspectivas de cuidado e as práticas em Psicologia*, e dialogar sobre os sentidos e as práticas de trabalho do Psicólogo, no contexto da saúde coletiva.

Sua participação envolve participar de um procedimento de coleta de dados através de entrevista narrativa e uma participação coletiva sobre a temática apresentada.

A participação nesse estudo é voluntária e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo.

Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo(a).

Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pelo(s) pesquisador(es) fone (55) 9139 0368 ou pela entidade responsável – Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, fone 3320 3345.

Atenciosamente

Félix M.N. Guazina
Matrícula: 08190808-9

Local e data

Dra. Helena B.K. Scarparo
Matrícula: 32464

Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.

Nome e assinatura do participante

Local e data